Meilleures practiques - Alcoolisme et toxicomanie Traitement et réadaptation

Préparé par Gary Roberts et Alan Ogborne
en collaboration avec Gillian Leigh et Lorraine Adam
pour le
Bureau de l'alcool, des drogues et des questions de dépendance
Santé Canada

stratégie canadienne antidrogue

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes
à maintenir et à améliorer leur état de santé.
Santé Canada

On peut se procurer des exemplaires supplémentaires auprès de :

Publications
Santé Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9

Téléphone : (613) 954-5995
Télécopieur : (613) 941-5366

La présente publication est disponible sur Internet à l'adresse suivante :
http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/alcool-autresdrogues.

On peut obtenir, sur demande, la publication sur disquette,
en gros caractères, sur bande sonore ou en braille.

Les opinions exprimées dans la présente publication sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles de Santé Canada.

Also available in English under the title: *Best Practices – Substance Abuse Treatment and Rehabilitation*

©Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1999
Cat. Number H39-438/1998F
ISBN 0-662-82968-9

Remerciements

Santé Canada remercie l'Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission (AADAC), la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances (Addiction Foundation of Manitoba - AFM) et la Fondation de recherche sur la toxicomanie de l'Ontario (Addiction Research Foundation of Ontario - ARF), une division de la Corporation des services de toxicomanie et de santé mentale, de l'appui accordé au présent projet, ainsi que Lorraine Adam et Roberta Coulter (AFM), Bob Hunter (AADAC) et Alan Ogborne (ARF) de leur précieuse participation au comité de travail du projet. Le Ministère exprime également sa reconnaissance à l'endroit de Gillian Leigh, campus Marconi, Collège communautaire de la Nouvelle-Écosse, qui a préparé la bibliographie annotée et à Cam Wild et Garth Martin, de l'ARF, à qui l'on doit la rédaction des parties consacrées respectivement au traitement obligatoire et au traitement en établissement, par opposition au traitement ambulatoire. Enfin, le Ministère remercie tout particulièrement Margo Hawley, du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, qui a supervisé la recherche documentaire, et Gary Roberts, également du Centre, qui a assuré la coordination du projet.

Table des matières

Introduction et méthodologie 1

1. L'efficacité des différentes modalités de traitement 5
   a) La pharmacothérapie 12
   b) La thérapie comportementale 16
   c) La psychothérapie 23
   d) Autres modalités de traitement 24

2. L'appariement des sujets aux traitements et aux thérapeutes 28

3. Autres facteurs influençant l'efficacité du traitement 31
   a) Le traitement individuel par opposition au traitement collectif. . . . 31
   b) Le cadre de traitement 32
   c) La durée du traitement. 34
   d) Le suivi. 36
   e) Le sujet 36
   f) Le thérapeute et d'autres éléments du programme 37
   g) Le traitement obligatoire 39

4. Populations spéciales 41
   a) Les considérations générales 41
   b) Les femmes. 42
   c) Les jeunes 45
   d) Les aînés 48
   e) Toxicomanes et alcooliques présentant aussi des troubles psychiques 51
   f) Toxicomanes séropositifs ou sidéens 55

5. Les perspectives relatives aux systèmes de prestation des services 59
   a) Éléments du système de traitement en matière de l'alcoolisme et de la toxicomanie 60
   b) Qui demande de l'aide pour des problèmes d'alcool et d'autres drogues?. 64
   c) Questions de coordination propres au système de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie 68
   d) Gestion de cas 70
   e) Le rôle des programmes d'aide personnelle et groupes d'entraide. . . 71

6. Avantages économiques associés au traitement 73

7. Problèmes et limitations de la recherche actuelle 76

8. Conclusion générale et sommaire des meilleures pratiques 78

9. Glossaire du traitement (par ordre alphabétique) 84

10. Bibliographie 87

101-02361/

Introduction et méthodologie

Selon des estimations du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, l'alcoolisme et la toxicomanie ont coûté 18,45 milliards de dollars aux Canadiens, en 1992, en soins de santé, services sociaux, justice pénale et perte de productivité. Plus de 290 millions de dollars ont été affectés à la réduction des coûts socioéconomiques associés à l'alcoolisme et la toxicomanie, soit aux services de traitement et de réadaptation (Single et coll., 1996). Aussi la conjoncture actuelle oblige-t-elle le secteur de l'alcoolisme et de la toxicomanie, tout comme les autres composantes du secteur de la santé, à rendre rigoureusement compte de ses activités, des frais engagés et des résultats obtenus. Cet appel à l'efficacité s'inscrit dans le cadre d'une rigoureuse restructuration des systèmes de prestation à peu près partout au pays. Santé Canada a lancé le présent projet en collaboration avec les provinces et les territoires, afin de faire le point sur l'état du traitement et de la réadaptation en matière d'alcoolisme et de toxicomanie au pays et de prodiguer des conseils tirés de l'expérience sur le développement des programmes et des systèmes.

Le présent rapport est l'un de deux préparés par Santé Canada en collaboration avec les provinces et les territoires dans le but d'offrir l'information courante de base relative au traitement en matière d'alcoolisme et de toxicomanie et de la réadaptation. Le but de ce rapport est de fournir des conseils sur « là où nous devons aller » pour ce qui est du traitement en matière d'alcoolisme et de toxicomanie et de la réadaptation au Canada. Pour compléter ce rapport, l'autre document intitulé « Profil – Alcoolisme et toxicomanie – Traitement et réadaptation au Canada » donne des renseignements de base sur la portée et la nature des services de traitement d'alcoolisme et de toxicomanie au palier fédéral, provincial territorial et local.

La majorité des Canadiens appuient les efforts accrus que l'on consacre au traitement des personnes souffrant de problèmes d'alcool ou d'autres drogues (Single, 1997). Bien que de nombreuses personnes aux prises avec de tels problèmes parviennent à les surmonter sans une aide spécialisée, la réalité tend à démontrer que celles qui suivent certaines formes de traitement spécialisé réduisent par la suite leur consommation de produits psychotropes et en tirent profit dans d'autres secteurs de leur vie. La première partie de ce rapport trace le bilan de l'efficacité des différentes *modalités de traitement* couramment employées et permet de constater leur influence particulièrement prometteuse en matière d'alcoolisme, de toxicomanie et de problèmes connexes. Lorsque l'efficacité d'une méthode donnée rallie l'opinion générale des examinateurs concernés, nous proposons quelques principes de meilleures pratiques reflétant ce consensus.

Étant donné que la documentation sur le traitement a déjà fait l'objet de plusieurs analyses exhaustives au cours des dix dernières années, nous avons choisi, pour notre part, d'examiner ces analyses. Les principales qui furent réalisées sur l'alcoolomanie (Holder et coll. 1991, Miller et coll. 1995 et Finney et Monahan 1996) portaient exclusivement sur les études faisant appel à des groupes témoins ou étalons et à une procédure correcte d'appariement des traitements aux groupes témoins. Bien que la documentation sur le traitement des drogues autres que l'alcool soit plus restreinte, des études sérieuses ont été menées notamment par Eliany et Rush (1992), Landry (1995) et le Service correctionnel du Canada (1996), qui fournissent l'essentiel de l'information examinée sur cet aspect dans le présent rapport. Nous avons limité notre examen aux méthodes de traitement considérées dans ces études. Dans les secteurs où l'on comptait une documentation plus récente, nous avons alors pris cette recherche en considération.

La deuxième partie de ce rapport fait état des connaissances actuelles en ce qui concerne l'appariement des clients à leur traitement et à leur thérapeute. Elle rend également compte des résultats de la récente étude du projet MATCH.

Outre les modalités de traitement mêmes, plusieurs facteurs influent sur l'efficacité du traitement, que nous examinerons dans la troisième partie. Ces facteurs, qui traduisent bien l'ampleur et la complexité que présente l'étude de l'efficacité du traitement, vont des *caractéristiques du client et du thérapeute* à *la durée et au cadre du traitement*. La question du traitement obligatoire n'est pas nouvelle au Canada; elle a toutefois refait surface à la suite de l'adoption du projet de loi C-41, en 1996, et d'une décision de la Cour suprême du Manitoba concernant le droit d'un organisme gouvernemental d'exiger le traitement d'une femme enceinte. La documentation sur le traitement obligatoire et sa portée sur l'efficacité du traitement seront donc examinées dans cette troisième partie.

Il est normalement admis que certains groupes ou sous-groupes de la population méritent une attention particulière en raison de leurs caractéristiques uniques ou du fait que les programmes ne répondent pas adéquatement à leurs besoins. Depuis plusieurs années cependant, on a conçu des programmes de traitement respectueux des différentes « *populations spéciales* », programmes qui s'appuient sur un ensemble de caractéristiques communes que l'on peut mettre à profit pour attirer, motiver et retenir les clients. Nous examinerons ainsi, dans la quatrième partie, les connaissances acquises sur le traitement efficace *des femmes, des adolescents, des aînés, des alcooliques et des toxicomanes souffrant aussi de troubles psychiques, ainsi que des toxicomanes séropositifs ou sidéens*. Pendant la rédaction du présent rapport, Santé Canada étudiait parallèlement la documentation relative aux questions de traitement spécifiques aux Autochtones, aussi avons-nous choisi de ne pas traiter ici de cette population spéciale.

Il est difficile de différencier clairement les questions touchant les programmes et les systèmes; en fait, la documentation traitant des systèmes de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie est plutôt éparpillée. Il nous est néanmoins apparu extrêmement important, dans le cadre de la réforme de la santé en cours, de mettre en valeur les meilleures idées relatives à la *configuration des systèmes de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie.* Dans la cinquième partie, nous avons donc intégré au présent examen des exposés sur *la coordination, la gestion des cas et les programmes d'aide personnelle ou d'entraide.*

Vu l'importance, dans la conjoncture actuelle, de justifier les activités de traitement sur le plan économique, nous avons inclus, dans la sixième partie, un bref survol d'études américaines qui se sont penchées sur les *avantages économiques* associés au traitement.

Les défis que pose l'étude de résultats obtenus en milieu communautaire soulèvent plusieurs *questions et limitations inhérentes à la recherche menée à ce jour*, questions et limitations dont nous traitons dans la partie suivante et qu'il convient de soupeser au moment de donner des conseils.

À la fin du rapport, nous publions la liste complète des « meilleures pratiques » à la rubrique *Conclusion générale et sommaire des meilleures pratiques.*

Nous avons par ailleurs effectué une recherche des sources de langues française et anglaise, à partir de mots clés associés à l'efficacité du traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie, dans les bases de données suivantes :

- *CCSADOCS* (Base de données du Centre national de documentation sur l'alcoolisme et les toxicomanies)
- *CANBASE* (Base de données du Réseau canadien d'information sur l'abus des drogues)
- *DrugInfo* (Base de données d'information sur les drogues de l'université du Minnesota)
- *IDA* (Information sur les drogues et l'alcool produite par le US National Clearinghouse on Alcohol and Drug Information-NCADI)
- *ETOH* (Base de données sur l'alcool de NIAAA)
- *Project Cork Database* (Information sur l'alcoolisme et la toxicomanie à l'intention des cliniciens et des éducateurs, Dartmouth Medical School, NH)
- *Toxlbase* (Réseau national de documentation sur les pharmacodépendances, Lyon, France).

Nous avons également mené une recherche sur Internet (laquelle a permis de consulter l'étude du Service correctionnel du Canada sur les méthodes de traitement : http://www.198.103.138/crd/litrev.htm), et nous avons donné suite aux suggestions des membres du comité. Les sources consultées pour la réalisation du présent projet figurent sous la rubrique *Bibliographie*

Un *Glossaire* des nombreux termes techniques employés paraît dans l'avant-dernière partie du rapport.

1. L'efficacité des différentes modalités de traitement

La majorité des personnes qui éprouvent des problèmes d'alcool et de drogues ne reçoivent aucune aide, mais les faits démontrent clairement que celles qui bénéficient de certaines formes de traitement réduisent leur consommation de substances psychotropes et montrent aussi, par la suite, une amélioration personnelle à maints égards. En règle générale, les résultats du traitement seront d'autant meilleurs que l'on s'occupera simultanément de traiter les principaux problèmes de l'existence (communication, manque de confiance en soi, chômage). Dans cette partie, nous examinerons, parfois d'une façon plus détaillée, les résultats de recherche parus sur l'efficacité de certaines des modalités de traitement les plus fréquentes et les plus couramment étudiées.

Les études sur le traitement des personnes souffrant de problèmes d'alcool et d'autres drogues sont si nombreuses qu'il est impossible ici de les analyser toutes. Vu la qualité et la portée des études récentes sur le sujet, une telle analyse serait d'ailleurs inutile. La plupart des énoncés qui suivent s'appuient sur plusieurs de ces études et, en particulier, sur deux revues complémentaires d'études du traitement des problèmes d'alcool réalisées par les collectifs Holder (1991) et Miller (1995) et sur une analyse de plusieurs de ces mêmes études effectuée par Finney et Monahan (1996). Le présent document se fonde aussi sur l'analyse des études de traitement de la dépendance aux drogues autres que l'alcool du *National Institute of Drug Abuse* (1996) et sur une analyse des études de traitement concernant les adolescents, de Smart (1993).

D'excellentes analyses d'études du traitement des personnes souffrant de problèmes d'alcool ou d'autres drogues effectuées par Eliany et Rush (1992), Landry (1995) et le Service correctionnel du Canada (SCC)[1] (1996) fournissent également une somme considérable d'informations et certaines, d'intéressants sommaires. Dans certains cas, nous avons jugé utile de citer, sous les rubriques appropriées, des analyses récentes de modalités et de problèmes spécifiques.

Les analyses produites par les collectifs Holder (1991) et Miller (1995) portent sur les mêmes 219 études. Aux fins du présent projet, nous avons essentiellement retenu celles qui comparaient au moins une forme de traitement aux autres solutions possibles. Nous avons exclu toute étude qui ne suivait pas une procédure appropriée d'appariement client-traitement, qui n'utilisait pas de groupe témoin (variation aléatoire ou comparaison avec les témoins), ou encore qui ne prévoyait aucun indicateur de mesure des résultats de la consommation d'alcool ou des problèmes connexes. Il a été décidé d'écarter les études

1 Disponible sur Internet, à : http://www.csc-scc.gc.ca

n'établissant aucune comparaison ni ne comprenant aucun groupe témoin, puisqu'elles ne peuvent démontrer comment les sujets en traitement se seraient comportés s'ils n'avaient pas reçu de traitement ou s'ils avaient reçu une forme de traitement autre. Toutefois, plusieurs des études retenues comportaient des lacunes qui restreignent leur interprétation; ces lacunes seront soulignées en temps opportun dans la partie qui suit et à la fin du chapitre 7.

Les analyses effectuées par les collectifs Holder et Miller comprennent toutes deux des tableaux résumant les résultats cumulés des différentes méthodes de traitement, fondés sur le même indice d'efficacité. On a calculé l'indice d'efficacité pondéré en dénombrant les études contrôlées portant sur des interventions précises, puis en soustrayant le nombre de celles qui n'avaient obtenu aucun effet positif du nombre de celles qui avaient démontré des effets positifs au regard d'au moins un des indicateurs reliés à l'alcool. On a ensuite ajouté un point supplémentaire à chaque résultat positif au-delà de 2. Ainsi, une modalité de traitement pour laquelle on dénombre quatre études aux résultats positifs et trois aux résultats négatifs donne le résultat final suivant : 4-3+ 2= 3. Cette façon de saisir l'« état de la situation » a l'avantage d'être simple, mais elle a l'inconvénient de ne pas tenir compte de l'ampleur des effets ni du nombre des tests statistiques effectués[2]. Cette approche ignore également la qualité des études en cause, les genres de comparaisons établies ou encore les caractéristiques des sujets étudiés dans les différentes recherches.

Deux tableaux sommaires de l'analyse effectuée par le collectif Holder sont partiellement reproduits dans le Tableau 1. Les résultats diffèrent légèrement de ceux obtenus par le collectif Miller, en raison d'écarts dans la classification des interventions. D'autres détails de ces résultats et des notes sur les plus récentes études du traitement de l'alcoolisme seront examinés plus loin sous différentes rubriques.

Finney et Monahan (1996) ont aussi analysé bon nombre des études examinées par Holder et coll. (1991) et développé un indice supplémentaire pour évaluer l'efficacité du traitement. Contrairement à l'indice de l'« état de la situation », relativement simple, utilisé par Holder et coll., celui de Finney et Monahan tient compte du pourcentage des études montrant des résultats positifs, du nombre de tests statistiques effectués et des diverses comparaisons établies. Nous soulignons, dans le présent rapport, les cas où ces deux analyses tirent des conclusions similaires ou différentes. Le Tableau 2 fait la comparaison des cotes obtenues dans les deux analyses.

---

2 De façon purement fortuite, les comparaisons des groupes de sujets en traitement et des groupes témoins produiront toujours des résultats dont la différence est significative. La probabilité d'obtenir de tels écarts croît avec le nombre de comparaisons effectuées.

Les études contrôlées du traitement de la dépendance aux drogues autres que l'alcool étant nettement moins nombreuses que celles consacrées à l'alcool, il y aurait peu à tirer de l'établissement de tableaux comparatifs similaires à ceux produits par les collectifs Holder et Miller dans leur analyse des problèmes d'alcool. Pour certains genres précis d'intervention, nous nous appuierons donc sur les conclusions des études réalisées par Smart (1993), Landry (1995), NIDA (1996) et le SCC (1996).

La structure du reste de cette section suit le schéma de classification des modalités de traitement proposé par le collectif Holder, auquel nous avons ajouté quelques modalités (Tableau 3).

Tableau 1. Modalités de traitement analysées par Holder et coll. (1991); nombre d'études; études avec résultats positifs; et indice d'efficacité pondéré

	n[a]	+[b]	IEP[c]
Évidence satisfaisante d'efficacité (+6 ou supérieur)			
Apprentissage social	10	10	+18
Cours en maîtrise de soi/affirmation de soi	17	12	+17
Counseling en motivation de courte durée	9	8	+13
Psychothérapie conjugale, comportementale	7	7	+12
Appui communautaire	4	4	+6
Cours en gestion du stress	10	6	+6
Évidence acceptable d'efficacité (+2 à +5)			
Thérapie par aversion, sensibilisation cachée	7	4	+3
Entente de comportement	4	3	+3
Disulfirame, oral	10	5	+3
Médicaments psychotropes, antidépresseurs	4	3	+3
Disulfirame, implants	5	3	+2
Évidence indéterminée d'efficacité (-1 à +1)			
Psychothérapie conjugale, non comportementale	3	1	+1
Médicaments psychotropes, lithium	6	3	+1
Thérapie cognitive	7	3	0
Hypnose	4	2	0
Évidence insuffisante d'efficacité (moins de 3 études)			
Acupuncture	1	1	+1
Cyanamide de calcium	1	1	+1
Traitement en milieu résidentiel, modèle de Minnesota	1	1	+1
Traitement en milieu résidentiel, maison de transition	1	0	-1
Alcooliques anonymes	2	0	-2
Thérapie par aversion, apnée	2	0	-2
Médicaments psychotropes, antipsychotiques	2	0	-2
Évidence inexistante d'efficacité (-2 ou inférieur)			
Thérapie par aversion, choc électrique	15	5	-2
Thérapie par aversion, chimique (nausée)	5	1	-3
Mises en situation de confrontation	4	0	-4
Psychothérapie (individuelle)	8	2	-4
Médicaments psychotropes, psychédéliques	8	2	-4
Confrontation de soi sur vidéo	4	0	-4
Conférences et films éducatifs	9	2	-5
Médicaments psychotropes, anxiolytiques	10	2	-6
Counseling général	9	1	-7
Métronidazole	10	1	-8
Psychothérapie collective	13	2	-9
Traitement en milieu résidentiel	14	1	-12

[a] Nombre total des études contrôlées

[b] Nombre des études montrant des résultats positifs

[c] Indice d'efficacité pondéré (voir le texte)

Tableau 2. Classification par indice d'efficacité des 24 modalités de traitement examinées par Holder et coll. (1991) et Finney et Monahan (1996)

Holder et coll. Indice[a]	Modalité	Modalité	Finney et Monahan Indice[b]
18	Apprentissage social	Appui communautaire	59
17	Cours en maîtrise de soi	Apprentissage social	37
13	Counseling en motivation de courte durée	Psychothérapie conjugale, comportementale	36
12	Psychothérapie conjugale, comportementale	Disulfirame, implants	34
6	Appui communautaire	Psychothérapie conjugale, non comportementale	21
6	Cours en gestion du stress	Cours en gestion du stress	12
3	Disulfirame, oral	Thérapie par aversion chimique (nausée)	3
3	Thérapie par aversion, sensibilisation cachée	Médicaments psychotropes, antidépresseurs	2
3	Médicaments psychotropes, antidépresseurs	Médicaments psychotropes, lithium	-2
2	Disulfirame, implants	Counseling en motivation de courte durée	-4
1	Psychothérapie conjugale, non comportementale	Thérapie par aversion, sensibilisation cachée	-5
0	Thérapie cognitive	Thérapie par aversion, choc électrique	-5
0	Hypnose	Cours en maîtrise de soi	-7
0	Médicaments psychotropes, lithium	Thérapie cognitive	-8
-2	Thérapie par aversion, choc électrique	Conférences et films éducatifs	-11
-3	Thérapie par aversion chimique (nausée)	Psychothérapie collective	-13
-4	Mises en situation de confrontation	Médicaments psychotropes, LSD	-15
-4	Médicaments psychotropes, psychédéliques	Médicaments psychotropes, anxiolytiques	-17
-5	Conférences et films éducatifs	Métronidazole	-21
-6	Médicaments psychotropes, anxiolytiques	Disulfirame, oral	-27
-7	Counseling général	Traitement en milieu résidentiel	-27
-8	Métronidazole	Mises en situation de confrontation	-31
-9	Psychothérapie collective	Counseling général	-32
-12	Traitement en milieu résidentiel	Hypnose	-37

[a] Selon une appréciation de l'« état de la situation » (voir le texte)
[b] Selon une appréciation de l'efficacité relative (voir le texte)

Il est important de noter que, dans la plupart des études considérées, les auteurs n'ont pas retenu l'abstinence totale comme unique ou principale mesure de succès. On s'est plutôt fondé sur une série de mesures et de résultats normalement continus (p. ex., le pourcentage des jours de consommation d'alcool, la quantité d'alcool consommée par occasion). Ces éléments permettent d'apprécier la chronicité de l'abus et d'établir selon le cas des objectifs d'amélioration ou de « cure ». Comme dans le cas d'autres états chroniques (p. ex., l'asthme, l'obésité ou l'apparition tardive du diabète), il peut être irréaliste d'espérer éliminer totalement ou définitivement l'alcoolisme ou la toxicomanie par une seule intervention. Une série d'interventions peuvent toutefois amener d'importants progrès, que des mesures avisées permettront de déceler.

L'utilisation croissante de mesures multiples et des résultats continus reflètent aussi un nouveau consensus sur ce que nous devons attendre des traitements. Des objectifs raisonnables ont été proposés par le collectif McLellan (1996), y compris le fait que le traitement devrait être profitable non seulement à la personne traitée, mais aussi aux personnes affectées par cette dernière, tels les membres de la famille, les fournisseurs de soins de santé et les assureurs, les employeurs et ceux qui travaillent dans le système correctionnel. Les résultats intéressants devraient donc concerner l'usage qui est fait de l'alcool et des drogues, l'état de santé et le fonctionnement social, l'utilisation des services de santé et les menaces à la sécurité publique. Pour être considérés un succès, les traitements devraient entraîner certaines réductions dans au moins l'un de ces domaines, de préférence sans une hausse correspondante dans d'autres. Dans certains cas, des modifications dans les comportements à risque et les méfaits associés à l'usage de drogues (p. ex., infections dues au partage des seringues ou accidents dus à la conduite avec facultés affaiblies) peuvent être un objectif plus réaliste que l'abstinence totale, ou même qu'un usage réduit de la consommation de substances psychotropes. Dans d'autres cas, l'usage réduit ou « contrôlé » de ces substances peut représenter une attente réaliste, surtout pour ceux qui ne souffrent pas d'une grave assuétude.

Les mesures des résultats utilisées dans les études examinées ci-après varient considérablement. C'est là une caractéristique regrettable de la recherche sur les résultats du traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies qui gêne sérieusement la comparaison des résultats des différentes études.

Tableau 3. Classification des différentes modalités de traitement selon la catégorie, utilisée aux fins de l'analyse

Catégories de modalités	Modalités spécifiques
Pharmacothérapies	**Traitement aux médicaments antidisotropes pour l'alcoolisme :** — Disulfirame, implants, oral — métronidazole — cyanamide de calcium **Traitement aux médicaments qui diminuent le besoin de boire :** — fluoxétine, zimelidine, citalopram — busirone, ritansarin — naltrexone* **Traitement aux médicaments psychotropes pour l'alcoolisme :** — médicaments anxiolytiques — lithium — anti-psychotiques — anti-dépresseurs — psychédéliques **Traitement pour les autres drogues :** — buprénorphine, naloxone — buproprion — héroïne — méthadone — clonidine, naltrexone, LAAM, codéine
Thérapies comportementales	**Thérapies par aversion :** — sensibilisation cachée — choc électrique — nausée et vomissement **Autres thérapies comportementales :** — entente de comportement — prévention comportementale des rechutes — apprentissage de la maîtrise du soi comportemental — thérapies cognitives — appui communautaire — exposition aux stimuli — thérapie conjugale du comportement — apprentissage social — gestion du stress — confrontation avec soi sur vidéo
Psychothérapies	**Counseling général** **Intervention visant une confrontation** **Psychothérapie collective** **Psychothérapie axée sur l'introspection individuelle**
Autres modalités	**Counseling motivationnel de courte durée** **Éducation** **Hypnose** **Thérapie en milieu résidentiel :** — modèle « Minnesota » — communauté thérapeutique * **Alcooliques anonymes**

*Aucune étude pertinente ne figure dans l'analyse du collectif Holder.

a) La pharmacothérapie

Fait partie de cette rubrique tout traitement comportant l'administration de médicaments. Nous y retrouvons quatre classes de médicaments : les médicaments antidipsotropes qui entraînent une réaction déplaisante quand ils sont utilisés avec de l'alcool, les médicaments anti-accoutumance qui réduisent le besoin d'alcool, des médicaments psychotropes prescrits pour améliorer l'état psychologique de l'usager en supposant qu'ils l'aideront à réduire sa consommation d'alcool et les pharmacothérapies pour les drogues autres que l'alcool. Toutefois, seuls les médicaments antidipsotropes et psychotropes ont été étudiés dans les analyses de Holder et coll. (1991) et de Finney et Monoham (1996).

Comme l'indique le Tableau 1, le collectif Holder a relevé dix études contrôlées du disulfirame oral, cinq sur le disulfirame en implants, une sur le cyanamide de calcium oral, dix du métronidazole, quatre sur des antidépresseurs, six du lithium, deux des antipsychotiques et huit des psychédéliques (LSD) et quatre des antidépresseurs.

Contrairement au collectif Holder, Finney et Monahan (1996) ne catégorisent pas les différents genres de traitement selon leur degré d'efficacité. Le classement des drogues spécifiques par les deux groupes présente à la fois certains écarts et certaines similarités (Tableau 2).

Ces écarts reflètent les particularités des études retenues aux fins d'examen, les comparaisons établies et les méthodes d'analyse. Selon Landry (1995), les écarts de résultats obtenus par les différentes études peuvent être attribués aux caractéristiques et aux motivations des sujets étudiés dans chacune.

Traitement aux médicaments antidipsotropes pour l'alcoolisme: Tandis que Holder et coll. classent les implants de disulfirame au dixième rang et les considèrent modérément efficaces, Finney et Monahan les classent au quatrième rang et leur attribue une cote d'efficacité se rapprochant de celle accordée à l'apprentissage des aptitudes sociales et à la psychothérapie de comportement conjugal. Les cotes attribuées au disulfirame oral par les deux groupes sont aussi fort éloignées, le collectif Holder lui attribuant une septième place avec une cote d'efficacité « modérée » et Finney et Monahan, une vingtième place avec une cote d'efficacité extrêmement basse.

Landry laisse entendre en outre que la thérapie au disulfirame peut s'avérer un complément utile dans le cadre d'un programme de traitement global qui prévoit des méthodes qui aident le patient à respecter la posologie prescrite, augmentent sa motivation à se soumettre au traitement et l'encouragent à éviter une rechute.

Lors d'une récente analyse d'études sur le disulfirame, Hughes et Cook (1997) ont examiné 24 études de résultats portant sur le disulfirame oral et 14, sur les implants de disulfirame. Ces études étaient généralement considérées faibles sur le plan méthodologique et leur interprétation, entravée par la diversité des méthodes et des sujets retenus. Dans le cas du disulfirame oral, les sujets étaient souvent contraints de suivre un traitement. Or, les examinateurs ont conclu que ces études ne confirmaient pas l'efficacité des implants de disulfirame et n'accordaient qu'un appui mitigé à l'administration du disulfirame oral. En fait, ce dernier semblait être le plus efficace lorsqu'il était administré à certains patients seulement, en l'occurrence inscrits dans un programme global. Bien que limitée, la preuve laisse supposer que les patients socialement stables sont plus susceptibles de bénéficier du disulfirame que les autres. Une étude sur les médicaments antialcool réalisée par le Service correctionnel du Canada (1996) a donné lieu à une conclusion similaire. Cette analyse a en outre permis de constater que les patients les plus motivés et les plus obéissants étaient aussi les plus aptes à bénéficier des médicaments antialcool. Ni le collectif Holder, ni Finney et Monahan n'ont jugé que le métronidazole, un médicament antidipsotrope utilisé dans les années 60 et 70, était efficace. De même, les preuves d'utilisation de *cyanamide de calcium* étaient trop limitées pour mériter des conclusions définitives.

Traitement aux médicaments qui diminuent le besoin de boire : Les drogues qui ont servi à cette fin sont : la fluoxétine, la zimelidine et le citalopram. Des essais contrôlés contre placebo en double aveugle utilisant ces drogues ont en effet été réalisés auprès d'alcooliques non déprimés, légèrement ou modérément dépendants, qui ont ainsi régulièrement diminué leur consommation d'alcool de 10 p. cent à 20 p. cent en moyenne (Anton, 1994). D'autres produits, notamment l'agoniste 5-ht, la buspirone et l'antagoniste 5-ht, le ritansarin, peuvent diminuer l'état de besoin, mais les résultats des essais contrôlés à leur égard sont irréguliers. De plus récentes études d'essais cliniques contrôlés n'ont indiqué aucune différence dans les résultats par rapport aux placebos, tant chez les sujets déprimés que non déprimés (Naranjo et Bremner, 1994).

Une autre drogue récemment utilisée dans le cadre d'études sur les buveurs mondains et les gros buveurs est la naltrexone. Cet opiacé agoniste semble aussi avoir la capacité de diminuer l'état de besoin d'alcool. Dans plusieurs études, dont celles réalisées auprès de sujets souffrant d'une dépendance à l'alcool, les sujets ayant reçu de la naltrexone avaient bu pendant moins de jours et étaient moins susceptibles de recommencer à boire fortement que ceux ayant reçu un placebo (Volpicelli et coll., 1994). L'emploi de la naltrexone dans le traitement de l'alcoolisme a récemment été approuvé aux États-Unis et au Canada et est de plus en plus reconnu comme un important élément du traitement global.

Traitement aux médicaments psychotropes pour l'alcoolisme : Cette classe de médicaments inclut les médicaments pour traiter l'anxiété, le lithium, les médicaments anti-psychotiques, les anti-dépresseurs, et les psychédéliques. Holder et col. (1991) ont conclu que bien qu'il existait des éléments à l'appui de l'utilisation des anti-dépresseurs dans le traitement des problèmes causés par l'alcool, la preuve pour l'utilisation d'autres médicaments était indéterminée (lithium), trop limitée pour mériter des conclusions précises (médicaments anti-psychotiques) ou ne justifiait pas leur emploi (drogues psychédéliques, médicaments contre l'anxiété). Finney et Monahan (1996) ont également attribué aux anti-dépresseurs la même place que Holder et coll., et les places qu'ils ont accordées à d'autres médicaments psychotropes indiquent un appui insuffisant pour leur utilisation.

Traitement pour les autres drogues : De nombreux produits ont servi à traiter les gens dépendants des drogues autres que l'alcool, mais peu ont fait l'objet d'essais contrôlés. Le *NIDA Review* (1996) décrit la recherche actuelle visant à établir l'efficacité des différents produits utilisés pour traiter l'héroïnomanie. L'un de ces produits est la buprénorphine. Il s'agit d'un opiacé partiellement agoniste, qui semble atténuer l'état de besoin d'héroïne. Cependant, pour réduire un éventuel usage abusif de ce produit, on combine actuellement la naloxone, opiacé antagoniste, à la buprénorphine, sous forme de comprimé. La buprénorphine n'a pas encore été autorisé au Canada.

Le *NIDA Review* cite en outre plusieurs drogues faisant actuellement l'objet de recherche dans le but de réduire l'état de besoin de cocaïne. Des essais sont également en cours pour développer un composé analogue à la cocaïne afin d'immuniser contre la cocaïne même. L'étude note également que les données tendraient à démontrer que le bupropion, un antidépresseur, peut réduire la consommation chez les sujets modérément déprimés qui font usage de cocaïne et de crack.

Au Royaume-Uni, où l'on a utilisé l'héroïne comme « drogue d'entretien », on a observé des effets bénéfiques à court terme, la prescription de cette substance ayant permis de stabiliser certains individus pendant de nombreuses années (Mitcheson et Hartnoll, 1978; Stimson et Oppenheimer, 1982). Néanmoins, la prescription d'héroïne comme traitement de la dépendance y demeure plutôt rare au Royaume-Uni. En Suisse, une étude en cours a indiqué que la prescription d'héroïne pour consommation par voie intraveineuse, ou la prescription de méthadone intraveineuse, est associée à une importante amélioration de l'état de santé et des modes de vie des narcomanes fortement dépendants et marginalisés par la société. Dans certains cas, les résultats positifs ont été maintenus pendant plus de deux ans (Uchtenhagen et coll., 1996).

La méthadone est une drogue synthétique de type opiacé à effet de longue durée qui a été largement utilisée, soit pour aider les opianomanes en sevrage, soit comme drogue d'entretien pendant le traitement. La méthadone remplace les autres opiacés de manière à prévenir les symptômes de sevrage et bloque les effets euphoriques de l'héroïne. La prise orale de la méthadone élimine les risques d'infection associés à l'usage des drogues intraveineuses.

De nombreuses études ont été réalisées sur l'entretien à la méthadone (Hall, 1996) et elles démontrent clairement que lorsqu'elle est administrée en doses adéquates et qu'elle s'accompagne d'une thérapie de soutien, la méthadone réduit l'usage illicite des opiacés et l'activité criminelle, contribue au mieux-être social de l'individu, accroît sa productivité, réduit la propagation du virus du sida et améliore les résultats de grossesse des femmes toxicomanes. L'usage de la méthadone est en outre sécuritaire même à long terme et contribue au maintien du traitement (Landry, 1995).

Une étude du traitement à la méthadone effectuée par l'*Institute of Medicine*des États-Unis (1990) a conclu qu'il serait préférable de fixer la dose à administrer selon le sujet traité. Mais l'étude a cependant démontré que les sujets qui recevaient une dose plus élevée (80 mg) se portaient généralement mieux que ceux à qui l'on administrait des doses plus faibles.

La recherche a aussi démontré que l'entretien à la méthadone est économiquement rentable. Selon des études réalisées par le *National Institute on Drug Abuse* des États-Unis, les coûts estimatifs pour la société, en 1991, ont été établis à 43 000 $ US pour un toxicomane de la rue non traité, ainsi qu'à 34 000 $ US et à 11 000 $ US respectivement pour garder un individu en prison ou dans un programme de traitement antidrogue, alors que le coût d'entretien à la méthadone s'élevait à 2 400 $ seulement pour une année.

Les autres drogues pouvant servir au traitement de l'héroïnomanie sont la clonidine (pour le sevrage), la naltrexone (pour bloquer les effets des opiacés), le LAAM (l-alpha-acétylméthadol), et la codéine. Le LAAM agit comme la méthadone, mais ses effets durent plus longtemps, et il ne peut être administré qu'à toutes les 72 heures (la méthadone se prend normalement toutes les 24 heures). Aucune de ces drogues n'est utilisée à grande échelle, et l'usage du LAAM n'a pas encore été autorisé au Canada.

📖 Principe de meilleure pratique

(No. 1)

La pharmacothérapie peut assurément contribuer au traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies si l'on prend soin d'en contrôler l'application. De nombreux médicaments utilisés en pharmacothérapie comportent en effet le risque d'engendrer eux-mêmes une dépendance, aussi doivent-ils être administrés avec prudence et leur usage, régulièrement contrôlé.

La documentation appuie, comme complément d'une thérapie globale, l'usage sélectif du *disulfirame* chez les sujets socialement stables et motivés.

La *naltrexone* peut s'avérer un complément de traitement efficace, en réduisant le besoin d'alcool.

La *méthadone*, administrée en doses convenables et accompagnée d'une thérapie de soutien, permet de réduire l'usage des opiacés illicites, l'activité criminelle, la propagation du virus du sida; d'améliorer les conditions sociales et la santé physique du sujet traité et sa productivité; de mener, dans certains cas, à l'abandon total de l'héroïne. Plus longue est la durée du traitement, meilleurs sont les résultats.

b) La thérapie comportementale

Cette rubrique générale réunit un riche éventail de stratégies spécifiques de traitement, qui, toutes, exploitent les principes de l'apprentissage. Comme l'indique le Tableau 3, cette catégorie réunit 13 genres de traitement comportemental précis, regroupés sous deux grandes rubriques : les thérapies par aversion et les autres thérapies comportementales.

Les thérapies par aversion. Lorsqu'elles servent à traiter les problèmes d'alcoolisme, sont conçues de manière à conditionner le sujet à une réaction d'évitement face à l'alcool. Le traitement consiste notamment à associer la consommation d'alcool ou des images d'une telle consommation avec des expériences désagréables réelles ou imaginaires. Diverses expériences désagréables ont été utilisées, notamment les chocs électriques, la nausée et le vomissement, la paralysie respiratoire (apnée) et les conséquences négatives imaginaires (sensibilisation cachée).

La sensibilisation cachée. Les sept études pertinentes relevées par Holder et coll. se sont montrées assez favorables à ce genre de traitement. Les études consacrées à la sensibilisation cachée ont par contre reçu une note négative (-5) selon l'index établi par Finney et Monahan. Or, ces écarts s'expliquent par le fait que, d'une part, Finney et Monahan ont jugé de façon négative deux études jugées positives par le collectif Holder et que, d'autre part, ils ont inclus dans leur analyse deux études omises par ce dernier (toutes deux n'attribuaient aucun avantage à la sensibilisation cachée).

Le choc électrique Le collectif Holder a relevé 15 études contrôlées de la thérapie par choc électrique et a constaté que les résultats ne permettaient pas, dans l'ensemble, de conclure à l'efficacité de cette méthode.

Induction de nausée. À la lumière de cinq études contrôlées, on a aussi jugé inefficace l'induction par les drogues de la nausée et du vomissement en présence d'alcool. Finney et Monahan ont aussi attribué une faible cote d'efficacité à ces deux genres de traitement, même si la thérapie d'induction de nausée se classait nettement mieux sur leur échelle d'efficacité que sur celle de Holder et coll. Ces écarts ne semblent pas, toutefois, suffire à justifier une modification des conclusions générales du collectif Holder.

On n'a pas pu découvrir des études contrôlées de thérapies par aversion pour des drogues autres que l'alcool.

Les autres thérapies comportementales sont celles qui visent à identifier et à modifier les pensées, les croyances, les comportements ou, dans certains cas, les états émotifs mésadaptés qui contribuent au problème d'alcool et de drogue.

L'entente de comportement prévoit le recours à des contingences environnementales spécifiques, notamment à des mesures incitatives de comportement et de renforcement comportemental qui sont incompatibles avec la consommation d'alcool ou d'autres drogues. Tel que l'explique Landry (1995), l'entente de comportement pourrait notamment engager le sujet à participer à un programme de contrôle de l'urine et à accepter les conséquences désagréables résultant de sa non-participation. De telles conséquences pourraient inclure un traitement additionnel, l'expulsion du foyer ou une action en divorce de la part du conjoint. Selon l'examen effectué par le collectif Holder, les quatre études retenues sur le sujet démontraient relativement bien l'efficacité du traitement. Finney et Monahan ont pour leur part soutenu que seulement deux des quatre études relevées par Holder et coll. pouvaient effectivement être admises comme études contrôlées de l'entente de comportement; ces deux études confirmaient l'efficacité de ce genre de traitement. Aucun indice n'a été attribué, puisque le nombre des études pertinentes considérées était inférieur à trois. Landry croit à l'efficacité de l'entente de comportement dans le cadre d'un programme de traitement global.

La prévention comportementale des rechutes cible les processus de médiation cognitifs, tels que les attentes et l'efficacité personnelle, et qui font souvent partie d'un programme global. Conformément au schéma de classification de Holder et coll., d'autres stratégies typiques des programmes de « prévention des rechutes », comme l'apprentissage social, sont étudiées dans des sections différentes. Toutefois, il est certain que dans les faits, ces programmes de « prévention des rechutes » comportent tout un éventail de composantes spécifiques (c.-à-d. identification des situations à haut risque, instruction et stratégies de répétition sur la manière d'affronter de telles situations, apprentissage de la relaxation, gestion du stress et visualisation accroissant l'efficacité, apprentissage d'aptitudes et pour contrer la répétition des rechutes, contrats limitant l'étendue de la consommation et restructuration cognitive pour surmonter la rechute). La prévention des rechutes peut être présentée comme une stratégie distincte ou encore être intégrée à une modalité de traitement.

Le lecteur trouvera un exposé complet sur la prévention des rechutes dans Marlatt et George (1984) et Carroll (1996), qui ont analysé des études contrôlées portant sur les programmes de prévention des rechutes s'adressant aux fumeurs et aux personnes qui éprouvent des problèmes d'alcool et de drogues. Selon Carroll, neuf des douze études consacrées à la prévention des rechutes chez les fumeurs désireux de cesser de fumer confirmaient l'efficacité de ces programmes. Trois des six études concernant les buveurs excessifs avaient indiqué des résultats positifs, alors qu'une seule des cinq études ciblant les usagers des autres drogues concluait à l'efficacité de ces programmes.

Il ne semble exister aucune étude scientifique examinée par des pairs en ce qui concerne la méthode de prévention des rechutes défendue par le célèbre conférencier Gorski (1989). Bien que l'approche de Gorski partage certaines caractéristiques avec celle exposée par Marlatt et Gordon (1984), elle en diffère par son profond attachement à l'approche en 12 étapes des AA.

L'apprentissage de la maîtrise du soi comportemental (AMSC) se fait à partir de l'apprentissage d'aptitudes spécifiques à s'autogérer. Sur dix-sept études axées sur l'apprentissage de la maîtrise du soi comportemental, douze ont révélé des effets positifs et cinq, aucun effet. Le collectif Holder a conclu que, de manière générale, ces études fournissaient une évidence satisfaisante des avantages apportés par ce genre de traitement. Finney et Monahan ont toutefois attribué une note d'efficacité négative à l'apprentissage de la maîtrise de soi (-7). On peut vraisemblablement expliquer cette différence par le fait que certaines études examinées par Holder et coll. étaient absentes de l'analyse de Finney et Monahan, et inversement. Cela reflète aussi quelques différences dans la manière dont ces deux groupes d'examinateurs ont jugé la qualité et la pertinence de certaines études.

Hester (1995) a pour sa part examiné 30 études sur l'apprentissage de la maîtrise de soi dans le cadre du traitement de la dépendance à l'alcool. Or, il a conclu, d'une part, que de courtes interventions et de l'auto-apprentissage de la maîtrise de soi sont souvent tout aussi efficaces que les thérapies poussées assurées par des professionnels et, d'autre part, que l'auto-apprentissage de la maîtrise de soi est moins efficace lorsqu'elle est axée sur la modération plutôt que sur l'abstinence dans le cas des buveurs les plus dépendants.

Principe de meilleure pratique

(No. 2)

La documentation donne un certain appui aux programmes comportementaux de prévention des rechutes pour les fumeurs et ceux qui ont des problèmes d'alcool. Elle appuie également la thérapie d'apprentissage de la maîtrise du soi comportemental appliquée aux buveurs présentant des problèmes moins graves et considère cette thérapie comme étant une solution de rechange rentable par rapport aux thérapies plus poussées dirigées par des professionnels. L'entente de comportement serait également efficace dans le cadre d'un programme de traitement global.

Les thérapies cognitives visent à identifier et à modifier les pensées et les croyances mésadaptées, qui contribuent au problème d'alcool. Après l'examen de sept études sur les thérapies cognitives, le collectif Holder a conclu que, dans l'ensemble, la preuve de leur efficacité restait à établir. Cette conclusion va dans le même sens que celle de Finney et Monahan, qui en sont arrivés à un résultat négatif (-8) à propos de la thérapie cognitive.

L'appui communautaire associe plusieurs méthodes axées sur le fonctionnement social du sujet. Son application n'a été évaluée que dans le cas des personnes souffrant de problèmes d'alcool. L'approche vise à modifier l'environnement du buveur, de manière à gratifier l'abstinence au détriment de la consommation d'alcool. Elle assure au sujet les appuis sociaux, récréatifs, familiaux et professionnels susceptibles de le soutenir tout au long de sa réadaptation. Elle prévoit en outre la réalisation d'une analyse fonctionnelle qui établira les antécédents de consommation et les conséquences associées, des objectifs de sobriété, la possibilité de recourir au disulfirame, ainsi qu'un programme de traitement misant en particulier sur les capacités à communiquer, à résoudre les problèmes et à refuser les consommations d'alcool. Dans le cadre de certaines études, les sujets pouvaient aussi se joindre à un club de placement, bénéficier de counseling social et de counseling en matière de loisir, de psychothérapie conjugale et de formation en prévention des rechutes. Or, le succès de cette approche provient sans doute du fait qu'elle associe les meilleurs éléments d'une diversité de thérapies. Selon le collectif Holder, les quatre études axées sur cette

approche qu'il a examinées témoignaient clairement de son efficacité. Cette méthode a récemment été examinée par Smith et Myers (1995), selon lesquels elle est aussi appliquée à des consommateurs d'autres drogues que l'alcool. L'appui communautaire a également reçu la plus haute cote d'efficacité selon l'indice établi par Finney et Monahan (+ 59).

Une composante de l'appui communautaire, la recherche d'emploi, comptait parmi les principales caractéristiques d'une récente étude consacrée aux auteurs de crimes violents éprouvant des problèmes d'alcool (Funderburk et coll., 1993). On a mobilisé ainsi les ressources communautaires afin de mieux préparer les délinquants à se trouver un emploi. Un suivi d'une année a permis de constater une nette amélioration des taux d'emploi par rapport aux taux au moment de l'admission dans le programme.

L'exposition aux stimuli. L'analyse du collectif Holder faisait abstraction de la méthode de traitement par exposition aux stimuli, puisqu'aucun rapport d'étude contrôlée sur le sujet n'était alors disponible. Cette méthode part de la prémisse que l'état de besoin et les symptômes de sevrage sont des réponses conditionnées que l'on peut faire disparaître en exposant les buveurs et les usagers de drogue à des stimuli de consommation, sans pour autant leur fournir de l'alcool et des drogues. Ces stimuli comprennent la vue, le goûter et l'odeur de l'alcool, les seringues ou des représentations de bars ou de milieu de consommation de drogues. Dans certains cas, on donnera aux buveurs de petites quantités d'alcool, sans leur permettre de consommer à nouveau par la suite. Les résultats des travaux de recherche portant sur les gros buveurs sont partagés, mais plusieurs experts croient au potentiel de l'intervention par exposition aux stimuli (p. ex., Drummond, 1990; Rohsenow et coll., 1990-1991). Il semble cependant que l'extinction des stimuli reliés aux drogues et l'accoutumance à ces stimuli soient instables et dépendent du contexte (Tobena et coll., 1993). Une récente étude contrôlée concernant les opianomanes n'a révélé aucune distinction entre les sujets traités par exposition aux stimuli et ceux d'un groupe témoin, lors d'une série de mesures effectuées six semaines et six mois après le traitement (Dawe et coll., 1993).

Principe de meilleure pratique (No. 3)

La méthode de l'appui communautaire s'est révélée très efficace, surtout auprès des buveurs manquant d'appuis sociaux suffisants et souffrant de problèmes de consommation plus graves.

La *thérapie conjugale du comportement* vise à améliorer les capacités de communiquer et de résoudre les problèmes, ainsi qu'à accroître la réciprocité du renforcement positif entre les conjoints. Elle peut notamment comprendre l'enseignement des techniques de communication spécifiquement appliquées au contexte de l'alcoolisme, ainsi que des qualités générales de bonnes relations conjugales. Les sept études pertinentes relevées par Holder et coll. fournissaient, dans l'ensemble, une preuve suffisante de l'efficacité de la thérapie comportementale du couple. Finney et Monahan ont aussi attribué une cote très positive à ce genre d'intervention. La thérapie conjugale s'est révélée aussi positive dans les programmes courts que prolongés (Zweben, Pearlman et Li, 1988). Selon le *NIDA review* (1996), les avantages de la thérapie conjugale ne sont peut-être pas toujours immédiatement perceptibles, mais le deviennent à long terme seulement, au fur et à mesure que le sujet assimile les nouvelles qualités apprises.

Principe de meilleure pratique (No. 4)

La recherche confirme largement l'efficacité de la thérapie conjugale, en particulier la thérapie comportementale du couple, tant sous forme abrégée que prolongée.

L'apprentissage social consiste à apprendre au sujet comment créer et entretenir des relations personnelles satisfaisantes. L'accent portera souvent sur l'affirmation de soi. Le collectif Holder a relevé dix études pertinentes, lesquelles démontrent bien l'efficacité de cette méthode. Ces études ont d'ailleurs reçu la plus grande valeur de pondération dans l'index du collectif Holder et ont été classées au deuxième rang dans l'index de Finney et Monahan. D'après Heather (1995) aussi, cette méthode compte parmi les plus efficaces.

Monti et coll. (1995) fournissent une bonne description des stratégies utilisées dans l'apprentissage des aptitudes sociales. Ces stratégies portent sur les habiletés d'adaptation autant interpersonnelles qu'intrapersonnelles. Les premières comprennent les habiletés à refuser une consommation, à réagir de façon positive, à donner et recevoir une critique, à écouter et communiquer, à exprimer ses sentiments et à s'affirmer. Les habiletés intrapersonnelles visent, pour leur part, à stabiliser l'humeur, à gérer les pensées ayant trait à la consommation d'alcool, à surmonter l'état de besoin, les pensées négatives, à résister aux pressantes envies de boire et à prendre des décisions. Cette méthode a été utilisée avec succès dans le traitement de divers troubles toxicomaniaques et psychiatriques, en particulier chez les buveurs qui éprouvaient des problèmes d'alcool depuis peu de temps. Elle a été retenue parmi les différentes modalités de traitement à étudier dans le cadre du projet MATCH (voir section 2).

Principe de meilleure pratique (No. 5)

La recherche appuie fortement l'apprentissage social, en particulier dans le cas des buveurs à problèmes.

La *gestion du stress* consiste à apprendre au client comment réduire les tensions et le stress personnels. Entre autres techniques précises appliquées, notons l'apprentissage de la relaxation, la désensibilisation systématique et les stratégies cognitives. L'objectif est de permettre au sujet d'apprendre à mieux maîtriser ses réactions au stress, soit : en modifiant la perception de menace provoquée par l'agent stressant; en modifiant son mode de vie de manière à diminuer la gravité des agents de stress extérieurs; ou, en développant des stratégies d'adaptation qui permettent d'empêcher ou de remplacer les réactions destructrices face aux agents de stress (Stockwell, 1995). Cette méthode n'est souvent qu'une composante de programme de traitement plus large, ce qui rend difficile d'en évaluer l'efficacité séparément.

Les dix études contrôlées de la gestion du stress identifiées par Holder et coll. ont toutes confirmé de façon satisfaisante l'efficacité de ce genre de traitement pour les personnes éprouvant des problèmes d'alcool. Finney et Monahan ont attribué une note positive relativement basse à la gestion du stress, mais l'ont cependant classée au même rang que celui accordé par le collectif Holder (6^{e} sur 24 modalités). Selon Stockwell (1995), on a besoin d'un plus grand nombre d'études bien conçues, consacrées à ce genre de traitement.

Principe de meilleure pratique (No. 6)

La recherche confirme la valeur de la gestion du stress dans le traitement des problèmes d'alcool.

Confrontation avec soi sur vidéo. Cette stratégie consiste à filmer un buveur pendant qu'il est ivre et à lui montrer le vidéo lorsqu'il est sobre. Selon le collectif Holder, cette méthode n'a révélé aucune évidence d'efficacité satisfaisante, alors que Finney et Monahan n'en font pas état.

c) La psychothérapie

Le terme psychothérapie désigne aujourd'hui un vaste éventail de thérapies qui tentent, selon divers procédés, d'amener le patient à jeter un regard intérieur sur ses comportements et de l'aider à résoudre des conflits trouvant racine dans son enfance. Bon nombre des autres méthodes couramment appliquées au traitement de l'abus des substances psychotropes découlent de la psychothérapie (p. ex., l'analyse fonctionnelle est attribuable à Otto Rank). Les différentes psychothérapies existantes sont souvent complexes, et leur déroulement, tout aussi imprévisible, d'où la plus grande difficulté de les évaluer au moyen des méthodes expérimentales.

Conformément au plan adopté par le collectif Holder, nous inclurons ici sous cette rubrique les quatre genres de traitement suivant : le counseling général, la confrontation, la psychothérapie collective, et la psychothérapie individuelle axée sur l'introspection.

Le ***counseling général*** renvoie au traitement constructeur, directif, fondé sur la réalité, qui ne fait pas spécifiquement appel à l'approche comportementale ou à l'approche de confrontation. Holder et coll. ont relevé neuf études contrôlées sur le counseling général et concluent que, dans l'ensemble, aucun élément n'appuyait l'efficacité de cette méthode. Cette dernière a également reçu l'une des cotes les plus basses attribuées selon l'indice Finney-Monahan (-32).

D'après la définition établie par Holder et coll., ***l'intervention visant une confrontation*** sert à briser les mécanismes de défense, en particulier celui de la scotomisation ou le déni de la réalité. La confrontation suscite souvent de puissantes réactions, dans le but de rompre la « résistance » au changement. Quatre études ont été relevées par Holder et coll., dont aucune ne confirmait l'utilité de cette méthode. Il semblerait plutôt qu'elle risque d'avoir une influence négative, soit en renforçant la résistance ou en aggravant le manque d'estime de soi (Eliany et Rush, 1992). Sur la totalité des interventions considérées, Finney et Monahan ont classé la confrontation presque au dernier rang (22^{e} sur 24).

La ***psychothérapie collective*** est couramment exploitée en traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies, mais varie considérablement par la présentation et le thème d'analyse. Certains traitements sont des thérapies de confrontation, tandis que d'autres apportent essentiellement un soutien ou sont axés sur le client. Selon la définition adoptée par le collectif Holder, cependant, les thérapies comportementales et conjugales débordent la gamme des interventions examinées sous cette rubrique. Holder et coll. ont identifié treize études sur la thérapie collective et établi que deux d'entre elles seulement indiquaient des résultats positifs. Il convient de noter que ces analyses portaient sur des études de thérapie collective, et non sur l'efficacité relative d'un tel traitement appliqué dans une formule individuelle ou de groupe.

Le collectif estime que rien ne confirme, somme toute, l'utilité de la psychothérapie de groupe dans le traitement des alcooliques. Finney et Monahan ont attribué une note fort négative à cette méthode (-13), quoiqu'ils l'aient classée un peu mieux que Holder et coll. (16e rang contre 23e). Mais cela ne semble pas ébranler sérieusement les conclusions du collectif Holder sur le manque d'évidence de l'efficacité de la thérapie collective.

La ***psychothérapie axée sur l'introspection individuelle*** a pour but de découvrir les conflits et les dynamiques de l'inconscient que l'on croit être à l'origine de la consommation excessive. Elle vise essentiellement à faire prendre conscience au client des causes profondes de ses problèmes et à l'aider à résoudre des conflits qui remontent à son enfance. Selon le collectif Holder, aucune des huit études retenues au regard de cette méthode n'en confirmait l'efficacité pour le traitement des personnes souffrant de problèmes d'alcool. Finney et Monahan ont reclassifié ou exclu sept de ces études, mais ont néanmoins conclu que l'étude restante confirmait certains avantages de cette psychothérapie.

d) Autres modalités de traitement

Le ***counseling motivationnel de courte durée*** s'appuie sur les travaux de Carl Rogers (Miller, 1983) et comporte normalement de une à trois séances de réactions motivationnelles et de conseils fondés sur l'évaluation personnalisée. Cette démarche n'a été systématiquement évaluée qu'auprès des buveurs. Le collectif Holder a relevé neuf études pertinentes sur cette méthode; il a conclu à une évidence suffisante de son efficacité et l'a effectivement classée troisième sur 23. Finney et Monahan lui ont par contre attribué une note négative (-4) et, selon leur indice, l'ont classé dixième sur 24. L'une des raisons expliquant ces écarts est que Finney et Monahan ont tenu compte du fait que la plupart des évaluations du counseling motivationnel de courte durée ont comparé cette intervention à des solutions de rechange peu valables, telles l'absence de traitement ou de contrôles sur des listes d'attente ou ils l'ont encore comparée aux traitements ne portant aucune preuve d'efficacité. Cette méthode apparaît moins efficace lorsqu'elle est comparée à des interventions plus puissantes. Dans le cadre de l'importante étude américaine, le projet MATCH, cependant, le counseling motivationnel de courte durée s'est révélé d'une efficacité à peu près égale à celle de deux traitements plus intensifs, mais les résultats du projet MATCH n'étaient pas disponibles au moment de la publication de l'analyse de Finney et Monahan (voir la section 2).

L'***éducation*** sur les effets de l'alcool et des autres drogues constitue souvent une composante des traitements de la toxicomanie et de l'alcoolisme. Or, tel que l'affirme le collectif Holder, rien n'indique que l'éducation en soi influence les comportements après le traitement. La cote attribuée à cette modalité selon l'indice Finney-Monahan est très faible (-11). L'éducation, cependant, peut contribuer à accroître les connaissances et à modifier les attitudes, ce qui peut favoriser le changement de comportement chez certaines catégories de consommateurs de substances psychotropes.

L'***hypnose***, selon Holder et coll. et Finney et Monahan, est une méthode dont on n'a pas prouvé l'efficacité.

La ***thérapie en milieu résidentiel*** désigne une exposition intensive à un environnement thérapeutique. Comme le soulignent Holder et coll. ainsi que Finney et Monahan, on inclut dans cette catégorie les maisons de transition qui utilisent en résidence le modèle de traitement « Minnesota » et la thérapie communautaire. Selon Holder et coll., un milieu de vie en commun constitue un milieu de thérapie en soi, qu'il soit ou non accompagné d'un programme de traitement défini. La thérapie en milieu résidentiel a été jugée comme étant d'une efficacité non démontrée ou inefficace par Holder et coll., ainsi que par Finney et Monahan.

Le modèle « Minnesota ».Tel que le souligne Landry (1995), la thérapie en milieu résidentiel constitue une composante de ce que l'on nomme aujourd'hui le modèle « traditionnel » ou « Minnesota » du traitement de l'alcoolisme aux États-Unis. D'autres composantes de ce modèle comprennent la mise en valeur d'un « modèle morbide » de l'alcoolisme et la nécessité de pratiquer l'abstinence totale, les 12 étapes des AA, le recours à la thérapie collective et l'extrême collaboration des conseillers en réadaptation. Selon des études non contrôlées, la participation à ces programmes de traitement permet de réduire la consommation d'alcool et d'autres drogues et de retirer d'autres avantages. Une étude contrôlée réalisée en Finlande a aussi indiqué des résultats positifs (Keso et Salaspuro, 1990). On n'a toutefois pas démontré de façon absolue que les avantages de cette méthode découlaient de la composante résidence. Plutôt, il semble que la phase de traitement en établissement soit moins importante que la prestation d'un continuum de services, en particulier de soins continus et la participation postcure au mouvement des AA.

La *communauté thérapeutique*. L'une des formes de thérapie en milieu résidentiel utilisée dans le traitement des opianomanes et autres toxicomanes est la communauté thérapeutique. Ces communautés étaient courantes au Canada durant les années 70, mais la majorité de celles-ci n'existent plus aujourd'hui. Il reste toutefois quelques programmes bien implantés au Québec (Portage et Patriarche) et en Ontario (Stonehenge). Bon nombre de ces communautés suivent un mode d'administration assez rigide et une culture « militariste », fortement axée sur la confrontation, mais à différents degrés (Landry, 1995). Selon Smart (1993), l'efficacité de ces communautés n'est pas confirmée. Bien que les sujets

qui respectent la période de résidence requise (une année ou plus) s'en sortent généralement bien après en être partis, les taux de décrocheurs sont dans l'ensemble assez élevés (jusqu'à 90 p. cent). Ceux qui décrochent tôt reprennent normalement leur consommation de drogues, tandis que ceux qui restent durant au moins un tiers de la période requise obtiennent d'assez bons résultats (Landry, 1995).

Les ***alcooliques anonymes (AA)*** ne représentent pas un traitement de l'alcoolisme, mais une ressource communautaire s'adressant à ceux et celles qui souhaitent cesser de boire. De nombreuses études non contrôlées ont révélé que les personnes qui joignaient le mouvement des AA cessaient normalement de boire et amélioraient de nombreux aspects de leur vie (Emrick et coll., 1993). Cependant, les AA ne peuvent pas et ne devraient pas être évalués au même titre que les interventions professionnelles. Le mouvement des AA ne constitue pas un mode de traitement précis, et ses membres n'y participent pas tous au même titre. De nombreuses personnes participent à quelques activités seulement et laissent tomber par la suite. D'autres sont plus assidus, mais ne participent pas activement aux réunions ni ne respectent le programme. Il est possible que les décrocheurs, tout comme les participants passifs, tirent certains avantages de leur expérience au sein du mouvement, mais aucune recherche adéquate n'a encore été effectuée sur le sujet. Seule une minorité des personnes exposées au mouvement des AA semblent devenir membres à part entière et participer aux activités sur une longue période et travailler régulièrement chacune des étapes. Les faits démontrent que certains types de personnes sont plus susceptibles de s'affilier pleinement aux AA que d'autres (Ogborne et Glaser, 1981; Emrick et coll., 1993), mais il convient de pousser la recherche sur le sujet, quoique certaines études existantes ne soient déjà plus utiles vu l'éventail et la diversité actuels des groupes de AA. Selon toute vraisemblance, le mouvement conviendrait davantage aux buveurs qui ont éprouvé de graves problèmes associés à leur consommation et qui sont disposés à reconnaître la nécessité de pratiquer l'abstinence, ainsi qu'à accepter l'étiquette d'« alcoolique ».

Étant donné que les professionnels dirigent des patients vers les AA en supposant qu'ils en tireront bénéfice, il est raisonnable de s'informer des résultats afin de les comparer à ceux obtenus au moyen d'autres démarches. Le collectif Holder a relevé deux études dans lesquelles les tribunaux ont référé un alcoolique aux AA (Ditman et coll.,1967, et Brandsma, Maultsby et Walsh, 1980). On a aussi relevé une étude dont les sujets participant à un programme d'aide aux employés (PAE) avaient été obligés de s'inscrire au mouvement des AA, faute de quoi ils perdraient leur emploi (Walsh et coll., 1991). Dans aucun cas, les résultats n'ont favorisé les AA, ce qui devrait dissuader les tribunaux et les employeurs d'imposer la fréquentation obligatoire de ce mouvement. Il faudrait cependant éviter de

conclure que le mouvement est inefficace. Toutefois, le projet MATCH (1997) a inclus un programme en 12 étapes dans son traitement et il en est ressorti que ceux qui étaient encouragés à participer aux AA réussissaient aussi bien que ceux qui suivaient d'autres thérapies. Finney et Monahan n'ont pas établi d'indice pour les études concernant ce mouvement.

Il semble n'exister aucune étude de recherche importante sur les *Narcomanes Anonymes* ni sur tout autre groupe d'entraide s'adressant aux personnes éprouvant des problèmes d'abus de drogues.

2. L'appariement des sujets aux traitements et aux thérapeutes

Le concept voulant que certains sujets répondent mieux à certains traitements et à certains thérapeutes qu'à d'autres suscite l'intérêt depuis quelque temps déjà. Le rapport de l'*Institute of Medicine*(1990) et un certain nombre d'études tendraient à en confirmer l'exactitude.

Une étude pertinente a été réalisée sur le sujet au Donwood Institute de Toronto par John McLachlan (McLachlan, 1972). L'étude réunissait des alcooliques qui avaient été traités par des thérapeutes d'attitude plus ou moins « dirigiste ». Les thérapeutes les plus dirigistes avaient tendance à suivre des règles très précises, à être très cohérents et à présenter des séances thérapeutiques très structurées. Les thérapeutes moins dirigistes étaient en revanche plus décontractés et encourageaient davantage l'affirmation de soi et l'autonomie. Par pur hasard, certains sujets assignés aux différents genres de thérapeutes différaient entre eux par ce que McLachlan a dénommé le « niveau conceptuel ». Essentiellement, McLachlan fait ici référence aux différences des traits de personnalité et modes de pensée des sujets, lesquelles ont pour conséquence des besoins divergents de structuration et de direction dans les programmes.

McLachlan a suivi des patients traités par différents thérapeutes et il a constaté que ceux dont le niveau conceptuel correspondait à la démarche du thérapeute obtenaient de meilleurs résultats que les autres. Ainsi, les patients ayant besoin d'un encadrement plus structuré réussissaient mieux sous la gouverne de thérapeutes directifs, et inversement. Par ailleurs, les résultats des patients mal appariés étaient moins favorables, quel que soit le genre de thérapeute.

On a établi plusieurs autres appariements positifs entre les différentes thérapies et les caractéristiques suivantes des patients : le sexe, l'aptitude à reconnaître les situations de consommation d'alcool posant problème, la conception de l'alcoolisme, les antécédents familiaux en matière d'alcoolisme, la sociopathie, la source de détermination et l'image de soi (pour une analyse, voir Mattson, 1994). Mais la plupart de ces correspondances ne sont pas reproduites régulièrement.

La seule étude d'envergure réalisée sur l'appariement des patients et des traitements est le « Project MATCH (1997) ». Cette étude américaine effectuée à partir de divers endroits avait pour but de vérifier si différents types d'alcooliques répondaient différemment à différents genres de traitement. Les différents traitements sélectionnés aux fins de l'étude se répartissaient comme suit : 12 étapes de facilitation au cours desquelles on encourageait les clients à joindre le mouvement des AA; thérapie cognitive du comportement, fondée sur la théorie de l'apprentissage social; et, thérapie de l'accroissement motivationnel, fondée sur la

psychologie de la motivation. Les patients avaient été aléatoirement assignés aux différents traitements et diverses analyses « ex-post » ont notamment servi à vérifier une variété d'hypothèses concernant les interactions entre les genres de traitement et la gravité de la consommation d'alcool, la déficience cognitive, la gravité des troubles psychiques, le niveau conceptuel, le sexe, la recherche d'explications, la disponibilité motivationnelle à changer, l'acceptation sociale de la consommation d'alcool par opposition à l'abstinence, la sociopathie et le genre d'alcoolisme.

Selon le *Project MATCH Research Group* (1997), une seule hypothèse d'appariement a été clairement appuyée par les données. Il semblerait ainsi que les patients ne présentant pas de troubles psychiques graves obtiendraient de meilleurs résultats en suivant un programme de facilitation en 12 étapes. Les résultats ont démontré que ces patients demeuraient abstinents pendant un plus grand nombre de jours, selon des périodes de suivi de six et de douze mois, que ceux auxquels on avait appliqué la thérapie cognitive du comportement. Le rapport du groupe n'indique toutefois pas dans quelle mesure les patients ont participé aux activités des AA durant la période de suivi.

L'une des causes expliquant l'impossibilité du projet MATCH de découvrir davantage d'interactions découle des effets de « plafonnement » engendrés par la sélection des clients et par l'emploi de trois interventions relativement puissantes. Mais les résultats de l'étude se sont dans l'ensemble révélés fort impressionnants, et la majorité des patients de chacune des deux conditions, c.-à-d. avec ou sans troubles psychiques graves, avaient considérablement réduit leur consommation d'alcool durant la période de suivi. La sélection de sujets socialement stables et respectueux des consignes de recherche, ajoutée à la très grande qualité des trois thérapies retenues, a certainement contribué à l'atteinte de tels résultats et peut, à toute fin pratique, n'avoir laissé que très peu de place à la démonstration des effets d'appariement.

Certains estiment que le projet MATCH a enterré l'hypothèse d'appariement, alors que d'autres n'en sont pas convaincus (Glaser, 1997). Entre autres critiques, on reproche par exemple au groupe d'étude de ne pas avoir véritablement apparié les patients aux différentes thérapies, puisque les patients n'avaient rien à dire quant au traitement que l'on avait choisi de leur administrer. Aussi, le groupe a laissé de côté d'importantes particularités de concordance, en ce qui concerne par exemple les caractéristiques des thérapeutes ou le traitement pharmacologique. Bien sûr, l'étude portait exclusivement sur les personnes souffrant de problèmes d'alcool et non des autres drogues.

D'autres études d'envergure ont été consacrées à cette même question durant les années 70 par Sells et Simpson (Sells, 1974; Sells et Simpson, 1976) et durant les années 80, par Hubbard et coll. (1984). En règle générale, ces études ne fournissent aucune preuve convaincante des avantages que pourrait présenter l'appariement des alcooliques et des toxicomanes aux différents genres de traitement, mais laissent penser plutôt que si l'on

neutralisait les caractéristiques des clients, tous les traitements couramment utilisés aux États-Unis (méthadone, communauté thérapeutique, patient externe libre de toute drogue) pourraient s'avérer tout aussi efficaces.

Dans l'ensemble, l'évidence appuyant la compatibilité du patient et du traitement demeure plutôt faible. Il ne faudrait pas conclure, cependant, que tous les patients ont besoin des mêmes soins. Il importe au contraire d'assurer un éventail de services souples et personnalisés, de manière à répondre aux besoins particuliers des patients qui s'adressent aux services spécialisés de traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme. Certains patients doivent être traités pour troubles psychiques, tandis que d'autres nécessiteront une aide pour des problèmes d'emploi ou autres problèmes sociaux; d'autres, encore, devront être hébergés à plus ou moins long terme. La prise en considération de ces problèmes est essentielle si l'on veut que les patients parviennent à modifier en permanence leur consommation de substances psychotropes. On devrait donc établir et évaluer des directives en vue de choisir le genre et le niveau des traitements. Tel qu'indiqué dans le document d'accompagnement, « Profil – Alcoolisme et toxicomanie – Traitement et réadaptation au Canada » certaines provinces sont en train d'établir de telles directives.

Principe de meilleure pratique

(No. 7)

Bien que la documentation ne puisse pas encore prouver quel genre de traitement convient le mieux à tel sujet, cela ne signifie pas que tous les traitements conviennent à chacun. Il faut offrir des services souples et personnalisés et il faut établir des directives en vue de choisir les services appropriés.

3. Autres facteurs influençant l'efficacité du traitement

a) Le traitement individuel par opposition au traitement collectif

Bien que la ***thérapie collective*** n'ait reçu qu'un appui minimal dans les études empiriques, de nombreux thérapeutes estiment que d'autres traitements peuvent aussi bénéficier de la thérapie collective. Cette formule présente l'avantage d'être économique, puisqu'elle permet de répondre aux besoins en traitement de plusieurs personnes à la fois. Elle favorise l'identification à d'autres personnes éprouvant des problèmes analogues et permet ainsi de surmonter le sentiment d'isolement. Le groupe fournit à ses membres l'occasion d'apprendre de chacun et de se soutenir mutuellement. Le groupe peut en outre insuffler l'espoir, favoriser le partage des connaissances et constituer une source d'émulation. Il permet aux participants de trouver de nouvelles façons de s'exprimer ou d'examiner de vieux problèmes dans un cadre favorable.

Deux études canadiennes ont directement examiné la question du traitement collectif par opposition au traitement individuel en matière de comportement. La première a révélé que le traitement structuré de la prévention des rechutes était aussi efficace lorsqu'il était donné individuellement que collectivement (Graham et coll., 1996). La seconde (Sobell et coll., 1995), est aussi arrivée à la même conclusion, bien que le groupe fût de 40 p. cent inférieur.

🕮 Principe de meilleure pratique

(No. 8)

À moins de contre-indication, on devrait favoriser la thérapie de groupe.

b) Le cadre de traitement[3]

Les fournisseurs de services en traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie ne s'entendent pas sur les avantages associés au traitement en établissement par rapport au traitement ambulatoire, ni sur ceux du traitement de courte durée par opposition à celui de longue durée. En ce qui concerne les problèmes d'alcool, peu d'éléments tendent à démontrer la supériorité du traitement en établissement sur le traitement ambulatoire ou de jour (Annis, 1986). Selon Finney, Hahn et Moos (1996), certaines études auraient démontré une telle supériorité, mais une nouvelle analyse des études pertinentes, réalisée au moyen de méthodes mieux adaptées, n'a pas permis de tirer une conclusion définitive sur le sujet (Finney et Moos, 1996).

Peu d'études contrôlées ont comparé l'efficacité du traitement en établissement aux autres formules moins intensives s'adressant aux consommateurs excessifs de drogues autres que l'alcool. Alterman et coll. (1994) ont inscrit aléatoirement 111 hommes cocaïnomanes provenant des centres-villes (surtout des Afro-Américains) à différents programmes de traitement de jour ou en résidence. Les critères d'exclusion de l'étude étaient les suivants : « psychose, démence et instabilité psychiatrique générale »; satisfaction des critères « DSM-III-R » concernant l'abus de toute drogue autre que l'alcool, la marijuana, la cocaïne et la nicotine; résidence à une adresse fixe. Les sujets avaient en moyenne 34 ans, consommaient de la cocaïne depuis trois ans, avaient consommé de la cocaïne durant 13 jours environ au cours des 30 jours précédents et avaient dépensé 700 $ en drogues durant cette période. La quasi-totalité des sujets consommait la cocaïne surtout en la fumant. Aucun écart significatif ne distinguait les groupes avant le traitement, même si les membres du groupe en résidence étaient plus nombreux à avoir déjà bénéficié d'un traitement antidrogue et avaient vécu davantage de conflits familiaux au cours des 30 jours précédents. Une comparaison de l'échantillon étudié à un échantillon non étudié composé de façon aléatoire et suivant le même programme n'a révélé que quelques écarts dans les données de base. Les patients en résidence étaient sensiblement plus nombreux à terminer le traitement, mais un suivi effectué sept mois après la fin du traitement n'a permis de constater aucun écart significatif dans les progrès des deux groupes. On a alors observé des taux d'abstinence plus élevés à l'endroit de la cocaïne chez les patients de jour et plus élevés, en ce qui concerne l'alcool, chez les sujets en résidence. Les premiers ont déclaré avoir moins de conflits majeurs avec la famille et les autres et ils étaient plus susceptibles de bénéficier de l'assistance sociale.

Wilkinson et Martin (1983) ont assigné aléatoirement de jeunes consommateurs de drogues multiples (âge 16-30, M= 22) à un programme de traitement en établissement d'une durée de quatre à six semaines et à un court programme de traitement ambulatoire comportant trois

3 Cette section a été rédigée par Garth Martin de la Fondation de la recherche sur la toxicomanie de l'Ontario, une division de la Corporation des services de toxicomanie et de santé mentale.

séances réparties sur quatre semaines. Chaque traitement prévoyait six séances de suivi sur une période de 70 semaines. Aucun des jeunes admis à l'étude ne devait être psychotique, avoir besoin de médicaments psychotropes, ou être gravement atteint de trouble cognitif, et tous devaient accepter indifféremment le traitement en établissement ou à l'externe. Une vérification de la disposition des candidats à l'étude à accepter le traitement ambulatoire, le traitement de jour ou le traitement en établissement avait au départ permis d'en écarter les deux tiers, dont 90 p. cent parce qu'ils refusaient d'être traités en établissement. Lors de l'évaluation, les candidats ont déclaré consommer en moyenne six catégories de drogues, dont deux leur causaient des problèmes (pour une description détaillée de la portée du profil de l'utilisation des drogues, consulter Wilkinson et coll., 1987). La mesure composée de l'usage des drogues après un suivi d'un an et de deux ans n'a, dans l'ensemble, produit aucun écart.

Les résultats de cette dernière étude se sont cependant révélés plus complexes. En fait, les sujets ont été aléatoirement assignés au traitement en établissement et au traitement ambulatoire dans deux comparaisons consécutives. Le traitement ambulatoire a donné des résultats identiques dans les deux comparaisons. Les résultats des deux programmes de traitement en établissement ont pour leur part révélé des résultats analogues aux deux programmes ambulatoires de la première étude sur les plans contenu et durée, mais différaient quant à l'application du système de crédits utilisé pour inciter les sujets à progresser dans leur thérapie et à se conformer aux règles et objectifs du programme. Dans un cas, les crédits que les sujets pouvaient échanger contre des « agents de renforcement » étaient fonction de la moyenne des crédits mérités par le groupe, alors que dans l'autre cas, les sujets pouvaient échanger tous les crédits qu'ils avaient obtenus individuellement, indépendamment de ce que les autres avaient mérités. Après un suivi d'un an et de deux ans, la mesure composée de l'usage de drogues a permis de constater que les sujets soumis à la moyenne collective obtenaient de meilleurs résultats que les autres. Ainsi, l'un des deux traitements en établissement apparaissait plus efficace que l'autre ou que le traitement ambulatoire. Mais lorsque l'on réunissait les deux groupes traités en établissement pour les comparer à ceux traités à l'externe, le traitement en établissement et le traitement ambulatoire semblaient tout aussi efficaces l'un que l'autre. Dans la mesure où le traitement en établissement du groupe soumis à la moyenne collective était analogue sur les plans thérapie et durée à celui du groupe récompensé selon les mérites individuels, il ne semblait découler aucun avantage d'être traité en établissement, mis à part le plus grand succès de la stratégie de renforcement collectif appliqué dans l'un des deux groupes.

Les résultats des études sur l'usage abusif de drogues multiples vont donc dans le même sens que ceux des études sur l'alcoolisme. Aussi, il en ressort qu'on ne peut considérer l'usage de drogues multiples comme un indice fiable de résultat (McLellan et coll., 1983; McLellan et coll., 1986; Pekarik et Zimmer, 1992). Dans l'ensemble, les résultats de ces études n'appuient pas la thèse selon laquelle les polytoxicomanes sont plus susceptibles que les autres d'avoir besoin d'un traitement en établissement de plus longue durée.

Le manque d'éléments en faveur du traitement en établissement ne doit certes pas empêcher de traiter en résidence les personnes souffrant d'instabilité sociale ou en état de crise profonde. Il ne doit pas non plus empêcher de soulager la famille éprouvée par les graves problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie de l'un de ses membres, en traitant ce dernier en résidence. Dans de telles situations cependant, soit de « crise » ou de « stabilisation sociale », il ne faudrait pas confondre les objectifs du traitement en établissement avec les objectifs à plus long terme de la thérapie curative. Il est normalement possible d'atteindre ces objectifs de manière plus rentable en fournissant des services de traitement ambulatoires, même aux patients qui peuvent aussi avoir besoin d'être placés en même temps dans un milieu de soutien à court ou à long terme.

Principe de meilleure pratique (No. 9)

La recherche continue de confirmer la rentabilité relative du traitement ambulatoire par rapport au traitement en établissement, sans exclure pour autant le besoin de certains toxicomanes et alcooliques d'être hébergés en milieu de soutien à court ou à plus long terme. Il demeure toujours possible pour ces patients de bénéficier simultanément des soins ambulatoires offerts pour leur toxicomanie, alcoolisme ou autres problèmes.

c) La durée du traitement

En ce qui concerne des traitements comme celui à la méthadone, les résultats positifs sont clairement associés au maintien en traitement. Toutefois, il est certain que de brèves interventions, comme le counseling en motivation et plusieurs des interventions comportementales dont nous avons parlé plus haut, peuvent convenir à certaines personnes qui ont un problème d'alcool, surtout à celles qui ont une vie stable et qui accusent une légère dépendance seulement. Ce genre d'intervention comprend habituellement huit rencontres individuelles. Ces interventions coûtent peu et pourraient être assurées dans différentes situations par des professionnels non spécialisés en traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies (par ex. : omnipraticiens, agents de probation et surveillants de liberté

conditionnelle, conseillers en orientation, etc.). Une telle mesure élargirait l'accessibilité des interventions tout en accroissant les possibilités d'agir avant que les problèmes ne s'installent.

Ce serait toutefois mal interpréter la recherche que de croire que la majorité des alcooliques et des toxicomanes bénéficieraient d'interventions relativement brèves. Selon Dennis et coll. (1996), la recherche soutient qu'un traitement minimal ne peut être efficace. Aussi, comme Drummond *(1997)*, contestent-ils le fait qu'on puisse faire des généralisations et affirmer que les résultats des études sur les interventions de courte durée prouvent que ces dernières sont profitables à tous ceux qui ont des problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie. Dennis et coll. sont également préoccupés par le fait qu'une mauvaise interprétation des études sur ce genre d'intervention provoquera des coupures injustifiées des services offerts aux patients et soutiennent que ce qui serait une économie à court terme contribuerait à gonfler les coûts des autres services à long terme. Dennis et coll. ainsi que Drummond sont particulièrement préoccupés par le sort de leurs patients qui ont des problèmes multiples, des patients dont les besoins vont au delà de ceux qu'offrent les interventions de courte durée. Landry (1995) s'est dit inquiet en ce qui concerne l'efficacité de ce genre d'intervention pour les alcooliques et les toxicomanes qui ont des problèmes de santé mentale.

De nombreuses études de contrôle, comparant les traitements à court et long terme chez les patients en résidence ou non, ont démontré qu'ils étaient d'une efficacité comparable (Smart et Gray, 1978; Page et Schaub, 1979; McCuster et coll., 1995). Toutefois, ces études n'ont pas clairement établi la durée maximum que devraient avoir des interventions en alcoolisme et toxicomanie pour être efficaces; elles n'ont pas non plus déterminé la durée minimum requise pour produire des résultats positifs.

Dans la réalité, ce sont les patients qui déterminent de toute évidence la durée et l'intensité du traitement, puisqu'ils sont normalement libres d'arrêter quand ils le veulent et de respecter ou non les consignes des thérapeutes (p. ex., rendez-vous, prise des médicaments, développement d'aptitudes, etc.). Les taux de décrochage et de non-conformité sont dans l'ensemble assez élevés, mais varient selon les services et les patients (Baekeland et Lundwall, 1975). Ceux qui ne terminent pas les programmes ni ne respectent les consignes s'en sortent généralement moins bien que les autres. Mais il ne faudrait pas y voir pour autant un signe de plus grande efficacité du traitement de plus longue durée par rapport à celui de plus courte durée, les sujets achevant leur traitement étant peut-être en effet plus motivés que les autres. Cette explication s'appuie en partie sur les résultats d'études non contrôlées selon lesquelles on constate une relation positive entre la durée du traitement et les résultats obtenus chez les alcooliques et les toxicomanes (Simpson et Savage, 1980; De Leon et Jainchill, 1986; Hubbard et coll., 1989; Moos, Finney et Cronkite, 1990).

Principe de meilleure pratique

(No. 10)

Les interventions de courte durée (jusqu'à huit rencontres) semblent bénéficier aux gens socialement stables et dont la dépendance à l'alcool n'est pas trop lourde. Certains alcooliques peuvent avoir besoin de traitement à plus long terme, mais on n'a pas pu déterminer la durée type d'un traitement qui serait efficace. De nombreuses études ont démontré qu'un traitement à court terme pouvait être tout aussi efficace qu'un traitement à long terme.

d) Le suivi

Le suivi s'inscrit normalement à la fin de tout traitement en établissement bien défini. Il vise à prévenir les rechutes et peut se traduire par de simples appels téléphoniques à un thérapeute ou à un gestionnaire de cas, ou par des rencontres individuelles ou collectives systématiques. Dans de nombreux programmes d'orientation en 12 étapes, les groupes du mouvement des AA sont considérés comme des groupes de suivi.

Plusieurs études corrélationnelles, quasi-expérimentales et contrôlées ont démontré les conséquences heureuses de la participation du sujet au suivi sur ses chances de succès après traitement (Costello, 1980; Ahles et coll., 1983; Ito et Donavan, 1986; Bullock et coll., 1987). D'autres études n'ont cependant relevé aucun avantage en ce sens (Braunstein et coll., 1983; Fitzgerald et Mulford, 1985; Gilbert, 1988; Ito, Donovan et Hall, 1988). La différence de l'approche méthodologique adoptée pour chacune de ces études complique la comparaison de leurs résultats. L'efficacité des différentes stratégies de suivi pourrait vraisemblablement différer selon les caractéristiques des sujets traités, mais rien ne confirme une telle hypothèse. Il faut aussi noter que l'un des aspects du projet MATCH consistait essentiellement au suivi des patients ambulatoires et au traitement des patients en résidence (avec une population choisie cependant) et que cela a donné de bons résultats (Projet MATCH, 1997).

e) Le sujet

De nombreuses études ont révélé des écarts dans les caractéristiques de consommation des sujets chez qui la thérapie a réussi et chez ceux qui éprouvent encore maintes difficultés après les différents genres de traitement (Ogborne, 1978; Ogborne 1995b; Moos, Finney et Cronkite, 1990; Gerstein et Harwood, 1990; Institute of Medicine, 1990). Il en ressort que les sujets qui obtiennent les meilleurs résultats sont de niveau d'instruction et de classe sociale supérieurs, font preuve d'une plus grande stabilité sociale et bénéficient d'un

meilleur soutien social, souffrent de problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie moins graves, manifestent une plus grande motivation, démontrent un meilleur fonctionnement psychopathologique et présentent de multiples traits psychologiques spécifiques. Certaines études ont associé le sexe et l'âge à la supériorité ou à l'infériorité des résultats, tandis que d'autre les ont jugés sans rapport.

Landry (1995) estime que les caractéristiques du sujet, la gravité de ses problèmes psychiatriques, sa situation d'emploi et ses problèmes juridiques sont les facteurs qui ont la plus grande influence sur les résultats du traitement, alors que la gravité et la durée de la consommation des substances psychotropes constituent les facteurs les moins importants.

Principe de meilleure pratique (No. 11)

On a obtenu de meilleurs résultats avec des sujets qui avaient moins de problèmes et plus de ressources. Cela confirme le besoin d'identifier et de développer des interventions plus efficaces pour les patients qui, à un moment donné, présentent un pronostic plus lourd.

f) Le thérapeute et d'autres éléments du programme

Les profils et les conséquences de l'usage d'alcool et des autres drogues subissent l'influence des facteurs personnels et environnementaux. Ces facteurs influencent aussi les habitudes de consommation des usagers qui développent des problèmes associés à leur consommation. Il est donc probable qu'ils influeront en outre sur les résultats du traitement. Les facteurs environnementaux non spécifiques du traitement, tels les caractéristiques du thérapeute, pourraient également tenir un rôle dans les progrès des sujets et le succès de leur traitement. On peut enfin supposer que les sujets se comporteront mieux avec certains genres de traitement et de thérapeutes et que l'on atteindra de meilleurs résultats lorsque l'on parviendra à établir une meilleure correspondance entre le sujet, le thérapeute et le traitement.

Plusieurs données indiquent que le thérapeute tient une place significative dans le résultat obtenu. À ce propos, une analyse de la documentation pertinente effectuée par Najavits et Weiss (1994) révèle un facteur constant, à savoir que les meilleurs résultats coïncident avec la présence de thérapeutes faisant preuve de très grandes qualités dans leurs rapports avec autrui, notamment d'empathie, et capables d'établir une alliance thérapeutique avec leurs patients. Cette observation correspond aux conclusions qu'a tirées Hester (1995) des résultats d'études consacrées aux traitement par l'autocontrôle comportemental. Hester a en effet conclu que les sujets suivis par des thérapeutes démontrant peu d'empathie obtenaient des résultats nettement inférieurs aux sujets des groupes autonomes, tandis que les sujets

suivis par des thérapeutes faisant preuve d'une plus grande empathie réussissaient mieux que ceux des groupes autonomes. L'expérience et la formation du thérapeute n'ont accusé aucune constante dans leur association avec les progrès des sujets (cf. Miller, Taylor et West, 1980; Sanchez-Craig et coll., 1991). À la lumière de ce qui précède, il est intéressant de noter que les études portant sur la psychothérapie soulèvent des doutes quant à la relation entre la formation du thérapeute et l'efficacité du traitement (Christensen et Jacobson, 1994; Rocheleau, 1995).

Principe de meilleure pratique (No. 12)

L'administration d'un traitement approprié par des thérapeutes compétents, capables de grandes qualités dans leurs rapports avec autrui, notamment d'empathie, et capables également d'établir une alliance thérapeutique avec leurs patients accroît les chances de succès de ces derniers.

Les programmes de traitement peuvent viser des objectifs analogues, mais différer considérablement, dans la réalité, sur d'autres points majeurs. Ils peuvent ainsi se différencier par l'expérience et les compétences de leur personnel, ainsi que par la diversité et la qualité de leurs services. Des différences dans les caractéristiques d'organisation, le moral de l'entourage et l'ambiance générale sont courantes dans les services de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie.

Le rapport de l'*Institute of Medicine* (1990) souligne que les éléments suivants contribuent au succès du traitement de courte durée : a) rétroaction motivationnelle visant une meilleure sensibilisation aux risques; b) conseils ou lignes directrices précis sur les changements à apporter; c) démarche emphatique favorisant l'efficacité personnelle et le choix perçu.

Plus récemment, Landry (1995) a examiné la recherche concernant l'influence des différentes caractéristiques des programmes sur le succès des patients et conclu que les programmes les plus fructueux partageaient certaines caractéristiques : la souplesse; la gestion individuelle des cas respectant les besoins de l'individu; un financement adéquat; des mesures de rendement du programme intégrées ainsi que la prise en charge rapide des correctifs à apporter. En revanche, les programmes au succès médiocre tendent à être impersonnels et rigides.

Selon Waltman (1995), le traitement efficace se distinguerait surtout par : la facilité d'accès aux soins; la souplesse du traitement; la collaboration de la famille; la grande compétence des thérapeutes; la prise en compte des particularités des patients; la responsabilisation du patient face à la sobriété; la précision des méthodes thérapeutiques et le suivi après traitement. Waltman attribue en outre l'efficacité du traitement à la motivation des patients.

g) Le traitement obligatoire[4]

Par suite de l'adoption d'un récent projet de loi fédéral (C-41) et de l'inquiétude générale quant au bien-fondé d'incarcérer les contrevenants ayant des problèmes d'alcool et d'autres drogues, la question du traitement obligatoire a suscité un regain d'intérêt au pays, ainsi qu'aux États-Unis. Les promoteurs du traitement obligatoire invoquent à la défense de leur position le récidivisme, les coûts, la santé publique et la réduction des méfaits. Gostin (1991), notamment, suggère que le traitement constitue un moyen plus rentable et plus efficace que l'incarcération si l'on veut réduire les méfaits associés à l'usage abusif des drogues et de l'alcool, aussi bien pour l'individu que pour la société.

La vaste majorité des recherches consacrées au traitement obligatoire de la toxicomanie et de l'alcoolisme sont de nature non empirique. Le meilleur appui de l'efficacité du traitement obligatoire que l'on puisse trouver dans la documentation empirique actuelle se trouve dans une série d'évaluations réalisées pour les héroïnomanes par le *California Civil Addict Program*. Selon celles-ci, les ordonnances d'incarcération (c.-à-d. de traitement obligatoire), simultanées à l'entretien à la méthadone, peuvent contribuer à réduire l'usage de drogues et les taux de récidive criminelle (Anglin, 1988; Anglin, Brecht et Maddanian, 1989). Mais il semble que cette réduction soit limitée à la durée du suivi comportemental des sujets. Plusieurs analyses des études empiriques réalisées à ce propos (Miller, 1985; Weisner, 1990; Rotgers, 1992; Wild et coll, 1995) soulignent qu'il n'existe aucune relation clairement définie entre le fait qu'un traitement soit obligatoire et son résultat.

Une bonne part de la documentation dans ce domaine suppose que la source de la coercition et la source de renvoi ou de référence sont des concepts interchangeables, ou alternativement, que la coercition peut être directement impliquée par la source de renvoi. Cet entendement correspond à une définition institutionnelle ou administrative de la coercition. Les clients contraints auraient donc comme sources de renvoi les tribunaux, les familles, les agences et d'autres sources du même ordre, tandis que les clients non contraints seraient des cas d'« autorenvoi ».

En fait, la quasi-totalité des études empiriques examinant l'efficacité du traitement obligatoire de l'alcoolisme et de la toxicomanie ont adopté cette définition. En conséquence, les études effectuées dans le domaine ont simplement évalué l'efficacité du traitement obligatoire en comparant les cas de « renvois judiciaires » aux cas « autodirigés ». Malheureusement, la source de renvoi ne correspond pas précisément aux processus psychiques pertinents au traitement obligatoire, soit la motivation, l'intérêt, le respect des consignes. Ainsi, Wild, Newton-Taylor et Alletto (1998) soutiennent que, pour

---

4 Cette section a été écrite par le Dr Cameron Wild de la Fondation de la recherche sur la toxicomanie de l'Ontario, une division de la Corporation des services de toxicomanie et de santé mentale.

véritablement saisir l'impact du traitement obligatoire de l'alcoolisme et de la toxicomanie, il convient de mesurer séparément les perceptions de la coercition qu'ont la source de renvoi et le sujet. Ainsi, dans une étude-démonstration, Wild et coll. (1998) ont démontré que 37 p. cent des sujets inscrits à un programme antidrogue comme « autorenvoi » ont déclaré avoir été contraints de le faire et que 35 p. cent des cas de « renvois judiciaires » n'ont déclaré aucun sentiment d'obligation.

Or d'après ces données, il n'existe aucune correspondance précise ou particulière entre la source de renvoi et les perceptions du client à l'effet que le traitement soit une imposition coercitive. Ces résultats soulignent en outre deux limitations importantes de la recherche actuelle. Tout d'abord, les études qui tendent de déduire la prévalence du traitement imposé en calculant le nombre des sujets dirigés par les différentes sources (voir l'analyse de Weisner, 1990) ont sans doute produit des estimations inexactes, puisqu'il n'existe aucune garantie, par exemple, que les sujets ayant fait l'objet d'un renvoi judiciaire perçoivent tout le traitement comme une ordonnance coercitive. En second lieu, la valeur des études sur l'efficacité du traitement obligatoire (examinées par Miller, 1985; Weisner, 1990; Rotgers, 1992) risque d'avoir été sérieusement compromise. En effet, puisque la majeure partie de ces études ont comparé les résultats entre les clients selon leur source de renvoi et n'ont effectué aucune mesure directe de la perception du sujet face à la coercition, il est possible que celle-ci n'ait jamais été correctement évaluée. Le cas échéant, la valeur des tests de l'efficacité du traitement obligatoire risque elle aussi d'avoir été compromise, et les énoncés formulés quant à la légitimité du traitement obligatoire pourraient bien reposer sur un fondement empirique chancelant.

Il faut cependant noter qu'en ce qui concerne l'alcool au volant, la documentation démontre les effets peu considérables, mais significatifs du modèle mixte éducation-traitement (Wells-Parker et coll. 1995).

Principe de meilleure pratique

(No. 13)

Certains faits confirment l'efficacité du traitement obligatoire prescrit par les tribunaux dans le cas des héroïnomanes et des gens qui conduisent en état d'ébriété, mais la documentation générale sur l'efficacité de ce genre de traitement demeure ambiguë. Il serait donc inexact de conclure que les clients soumis au traitement obligatoire font de moins bons candidats aux thérapies.

4. Populations spéciales

a) Les considérations générales

Même si le bien-fondé de l'appariement sujet-thérapie reste à confirmer, il est possible que certaines populations ou sous-groupes de la population puissent bénéficier d'une attention particulière en raison de leurs spécificités ou parce que les programmes généraux ne répondent pas convenablement à leurs besoins. Ainsi, depuis plusieurs années, on a conçu des programmes de traitement spécifiquement destinés à répondre aux besoins des « populations spéciales », en se fondant sur un ensemble de caractéristiques communes que l'on croit aptes à attirer et motiver les clients et à les retenir en traitement. À ce jour cependant, peu de travaux scientifiques permettent encore de démontrer que ces programmes de traitement adaptés aient contribué à améliorer les résultats obtenus par les sujets des populations spéciales.

L'Institute of Medicine (1990) définit les populations spéciales en établissant une distinction entre les caractéristiques structurelles et fonctionnelles. Les premières servent à définir une population donnée sur une base démographique, soit par une caractéristique fixe (sexe, race, ethnie) ou par une caractéristique variable (âge). Les caractéristiques fonctionnelles regroupent les éléments sociaux cliniques ou juridiques communs à un groupe de personnes, même si celles-ci ne se perçoivent pas comme étant un groupe (p. ex., les sans-abri, les personnes souffrant parallèlement à leur problème d'alcoolisme ou de toxicomanie d'un trouble psychique, les détenus, ceux qui conduisent en état d'ébriété, ou les personnes qui partagent un même diagnostic, tel le sida). L'une des difficultés de définir les populations spéciales vient du fait que les individus possèdent plusieurs caractéristiques structurelles et fonctionnelles qu'il convient de prendre en considération au moment de planifier le traitement (p. ex., une adolescente ayant aussi un diagnostic de trouble psychique).

Selon Landry (1995), peu d'études démontrent une incidence significative du traitement fondé sur les caractéristiques structurelles ou fonctionnelles. Au Canada, néanmoins, l'on prévoit souvent des dispositions particulières pour les traitements ou les services auxiliaires en ce qui concerne les femmes, les adolescents, les aînés, les personnes séropositives et les personnes souffrant de troubles psychiques.

Les mesures proposées à l'égard de ces populations contribuent normalement à accroître leur chance d'accéder à une aide et font appel à une combinaison de plusieurs démarches, lesquelles consistent : à mieux sensibiliser les gens aux services d'aide informels tels que les programmes d'aide personnelle ou les groupes d'entraide et le matériel d'auto-apprentissage et à leur en faciliter l'accès; à favoriser une plus grande participation des services communautaires généraux, en identifiant et en appuyant les clients souffrant de problèmes

d'abus de drogues; à faciliter l'accès aux services spécialisés, grâce à des efforts de rapprochement. La gestion efficace des cas est particulièrement importante, si l'on veut s'assurer de répondre aux besoins uniques et souvent multiples de ces populations.

b) Les femmes

Dans son rapport sur des études réalisées au cours de la récente décennie, l'*Institute of Medicine*(1990) a corroboré les conclusions d'analyses antérieures consacrées aux résultats des traitements. Ces analyses font remarquer qu'il existe relativement peu d'information sur laquelle fonder des interventions spécifiques pour donner aux femmes alcooliques de meilleures chances de réussir leur traitement. Landry (1995) signale que les quelque études disponibles sur le sujet ont généralement conclu que les hommes et les femmes adultes souffrant d'alcoolisme, traités ensemble dans le cadre d'un même programme, obtiennent des résultats analogues. Les conclusions sont cependant moins nettes en ce qui concerne les drogues autres que l'alcool. Peu de travaux de recherche semblent avoir porté sur l'efficacité des différents genres de traitement conçus spécifiquement pour les femmes.

Lightfoot et coll. (1996) ont effectué une analyse des études consacrées au traitement de l'alcool et de la toxicomanie chez les femmes, en insistant tout spécialement sur les cinq années précédentes. La majorité des 211 études ainsi examinées étaient descriptives, sept (2 p. cent) d'entre elles ciblaient les études des effets des traitements à partir de vérifications randomisées et sept autres, menées à partir de traitements avec assignation non aléatoire et de traitements comparatifs. Trois des études randomisées portaient sur l'abandon du tabac et ont produit des résultats mixtes. Deux études ont établi des comparaisons entre les hommes et les femmes selon trois traitements cognitifs du comportement de courte durée. Ces études ont montré que les femmes s'étaient mieux classées que les hommes lorsqu'il y avait lieu d'appliquer un guide ou de brèves lignes directrices, mais moins bien classées dans le cadre de traitement faisant appel à un thérapeute (Sanchez-Craig, et coll.,1989; Sanchez-Craig, Spivak et Davila, 1991). Les deux autres études portaient exclusivement sur les femmes dont la première, qui consistait à vérifier les différentes méthodes de prévention des rechutes chez les alcooliques chroniques, n'a révélé que peu d'écarts (Watzl et coll. 1988). La deuxième étude consistait pour sa part à comparer 100 femmes inscrites à une clinique spécialisée pour femmes à 100 femmes inscrites dans un programme standard. Cette étude a révélé, lors la vérification de suivi, moins de problèmes sociaux et de problèmes d'alcool chez le groupe inscrit à la clinique, (Dahlgren et Willander, 1989).

Les études non aléatoires ou comparatives visaient à répondre aux questions ayant trait aux besoins des femmes en traitement. Quatre de ces études concernaient les drogues autres que l'alcool. Les deux plus importantes portaient sur le coût de la polytoxicomanie (Anderson, 1986) et sur les conséquences de l'arrêt du traitement à la méthadone (Anglin et coll., 1989). La première étude a démontré que les femmes admises à l'unité d'urgence des hôpitaux qui

recevaient des soins personnalisés, dont des visites de la famille, consommaient moins de drogues et entraînaient des coûts socioéconomiques moins élevés que celles qui ne recevaient aucune visite familiale. Dans la seconde étude, Anglin, Brecht, et Maddanian (1989) ont constaté que les femmes éprouvaient moins de difficultés que les hommes à l'arrêt de la méthadone.

La documentation sur le traitement des femmes se compose principalement d'études cliniques et descriptives portant sur les différentes méthodes, soit : la thérapie familiale; la thérapie de groupe; le traitement séparé des hommes de préférence au traitement mixte; l'affectation de thérapeutes femmes de préférence à des thérapeutes hommes (Institute of Medicine, 1990). Ces options n'ayant fait l'objet d'aucune vérification clinique contrôlée, aucune indication n'existe quant à leur efficacité. Les cliniciens continuent cependant d'affirmer que les besoins des femmes en matière de traitement différent de ceux des hommes, et les observations suivantes sont bien étayées (Lightfoot et coll.1996) :

- L'alcoolisme et la toxicomanie des femmes sont marqués d'une plus grande stigmatisation que l'alcoolisme et la toxicomanie des hommes, suscitant aussi une plus grande résistance chez les membres de la famille et les amis, de même qu'un plus grand nombre d'incidences négatives quant à leur traitement (responsabilités familiales, soin des enfants, perte d'emploi, colère du conjoint, perte d'amis, etc.).
- Une faible proportion tant d'hommes que de femmes consultent les services spécialisés, mais les femmes le feraient en moins grand nombre. Tel que nous l'avons déjà fait observer cependant, les femmes alcooliques sont plus susceptibles que les hommes d'attribuer leurs symptômes à l'anxiété ou à la dépression et de recourir ainsi à des professionnels de la santé mentale. Cela est surtout le cas chez celles qui souffrent simultanément de troubles psychiques.
- Lorsque leurs problèmes sont multiples, les femmes préfèrent aussi s'adresser aux réseaux de soutien informels.
- Les programmes d'aide aux employés sont moins susceptibles de les repérer et de les diriger vers les ressources compétentes.
- Les femmes préfèrent les services de traitement qui offrent un éventail de programmes et services complémentaires, tels le traitement des enfants et le suivi postcure.
- Les femmes préfèrent les services ambulatoires aux services en établissement.
- Les femmes préfèrent les traitements qui prévoient des services de garde des enfants.

- Les femmes sont plus nombreuses à fréquenter les services spécialisés lorsque ceux-ci offrent des soins parallèles, notamment des soins pendant la grossesse et après l'accouchement, un counseling sur l'usage de drogues d'ordonnance et un counseling en matière juridique et professionnelle et aussi en ce qui concerne les agressions des enfants et les agressions sexuelles.
- Les femmes en traitement aiment qu'on leur permette en même temps d'acquérir une formation professionnelle, d'apprendre à mieux s'affirmer et de développer leurs compétences parentales.
- Les femmes apprécient les services de soutien, dont les services de transport et les services d'approche.
- Les obstacles au traitement des femmes sont les mêmes qui les conduiront souvent à abandonner avant la fin du traitement.

Il convient de pousser la recherche sur la relation entre les expériences de la vie et l'abus de substances psychotropes chez la femme, afin d'assurer des traitements mieux adaptés. Les données sont extrêmement nombreuses à démontrer que la victimisation, en particulier l'agression sexuelle, peut être un facteur causal dans le développement de la toxicomanie ou de l'alcoolisme chez la femme. Les chercheurs canadiens Groeneveld et Shain (1989) ont conclu que les femmes qui avaient été agressées sexuellement pendant qu'elles étaient enfants ou adultes étaient deux fois plus nombreuses que les femmes non agressées à prendre des médicaments favorisant la détente et le sommeil.

Principe de meilleure pratique

(No. 14)

Bien que la recherche ne suffise pas à démontrer la supériorité de tel genre de traitement sur tel autre en ce qui concerne les femmes, il est de toute évidence urgent de s'attaquer aux obstacles qui nuisent à leur traitement et d'apporter de multiples modifications (p. ex., harmonisation du calendrier de traitement avec le calendrier scolaire de l'enfant, utilisation de matériels autodidactiques), de fournir des soins auxiliaires (p. ex., soins pendant la grossesse et soins connexes, counseling en matière d'agression sexuelle, apprentissage des compétences parentales, aide professionnelle) ainsi que des services de soutien (p. ex., garderies, transports, etc.).

c) Les jeunes

L'adolescence est souvent marquée par l'anxiété et la confusion. Pendant que la jeune personne tente de trouver son identité personnelle et de cerner ses propres valeurs, de rapides transformations viendront marquer son développement physique et intellectuel. Les adolescents consomment peut-être moins de tabac et d'alcool que les adultes, mais ils utilisent en revanche davantage des drogues tels le cannabis, la cocaïne et le crack (Smart,1993). Selon la recherche, les adolescents qui éprouvent des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie démontrent souvent aussi des problèmes à d'autres égards (Harvey-Jansen, 1995). Ces problèmes touchent des aspects importants de leur vie, notamment la famille, les études ou le travail, la santé physique et psychique, les relations sociales et les loisirs; soit qu'ils mèneront à la consommation de psychotropes, soit qu'ils en découleront. Il arrivera en outre, dans certains cas, que les problèmes d'alcool et de drogue d'une part, et les problèmes d'existence d'autre part, se renforceront mutuellement.

La recherche indique régulièrement par ailleurs que l'association avec les pairs et les facteurs familiaux influencent considérablement la consommation de psychotropes chez l'adolescent. On croit de plus en plus que les mauvaises conditions sociales, les événements stressants de la vie, les pressions sociales et la violence physique ou sexuelle sont autant de facteurs majeurs dans le développement de l'usage abusif de substances psychotropes, en particulier chez les jeunes femmes (Lundy, Carver et Pederson, 1996).

Malgré une imposante documentation sur cette population, on retrouve peu d'information sûre indiquant comment améliorer les traitements aux adolescents qui ont des problèmes d'alcool et de drogues. Globalement, la recherche laisse croire toutefois qu'il vaut mieux recevoir un traitement que n'en recevoir aucun (Landry, 1997).

Peu d'études contrôlées de l'évaluation des résultats ont comparé les différentes modalités de traitement applicables aux jeunes. Dans le cadre d'une analyse menée par Wilkinson et Martin (1991), trois études canadiennes seulement avaient été trouvées sur l'efficacité des traitements. Ces chercheurs ont conclu que la teneur des traitements était plus importante que la durée et le lieu de prestation. Dans l'une des études qui comparaient le traitement en établissement au traitement ambulatoire et qui utilisaient les mêmes mesures d'évaluation des résultats avant et après traitement, Wilkinson et LeBreton (1986) ont constaté que la pression des pairs constituait un important facteur dans le succès du traitement, mais ils n'ont décelé aucune différence entre les traitements ambulatoires ou les traitements en établissement plus coûteux.

Selon une analyse de la documentation parue entre 1980 et 1993 effectuée par Harvey-Jansen (1995), 30 p. cent environ des patients traités (dont ceux qui n'avaient pas terminé leur traitement) étaient abstinents au moment du suivi. Les résultats à plus long terme sont moins certains, des taux de rechute élevés étant normalement enregistrés.

Lorsque la mesure des résultats indique une régression de l'usage abusif, plutôt que l'abstinence, le taux d'amélioration sur une plus longue période de suivi se situe habituellement autour de 65 p. cent. Les études ont démontré que, le plus souvent, les sujets qui réussissaient le mieux : étaient des femmes; déclaraient de moins nombreuses années de consommation de drogues ou d'alcool; choisissaient eux-mêmes de se faire traiter; étaient aux études.

L'expérience clinique a établi que les programmes qui bénéficient le plus aux jeunes sont ceux qui offrent : des méthodes souples permettant une adaptation aux besoins de l'adolescent; des thérapies familiales et de counseling comportemental; la disponibilité d'écoles pour les décrocheurs; du counseling en orientation professionnelle; les services de loisirs; du counseling en matière de sexualité; la collaboration de la famille ou le soutien d'une personne de confiance; des soins continus.

Un système de traitement des adolescents a été mis sur pied en Alberta, en 1988, à l'intention des jeunes de 12 à 17 ans. Le service assure le traitement de quelque 1 500 adolescents par année, dans 25 centres répartis dans toute la province. Les objectifs visent à aider l'adolescent à atteindre l'abstinence, à l'informer sur l'usage des drogues et à lui inculquer les qualités nécessaires à la prise de décisions, à améliorer la qualité de ses rapports familiaux et sociaux et à appuyer les familles tout au long du processus de traitement et de suivi. Selon une récente évaluation de ce programme, il est apparu que les adolescents qui s'inscrivaient en traitement souffraient de problèmes de polytoxicomanie depuis assez longtemps déjà, ils en subissaient de graves conséquences et éprouvaient des difficultés à de nombreux égards dans leur vie personnelle. Leurs taux de succès après traitement se sont avérés similaires à ceux d'autres évaluations, 69 p. cent étaient abstinents ou avaient réduit leur consommation après trois mois, et 56 p. cent avaient amélioré leur vie personnelle (Harvey-Jansen, 1995).

Les résultats sont moins intéressants lorsque les jeunes suivent des traitements conçus pour les adultes. Étant donné que la plupart des programmes de traitement s'adressent essentiellement aux hommes adultes éprouvant de graves problèmes, il convient d'y apporter de multiples modifications pour répondre aux besoins des jeunes. Upfold (1997) rappelle l'importance de veiller à ce que les stratégies d'évaluation, les méthodes et les objectifs de traitement correspondent à l'âge et au stade de développement du sujet (p. ex., début, milieu ou fin de l'adolescence) et reposent sur de solides connaissances des transformations physiques, affectives et cognitives de l'adolescent.

Les jeunes de la rue constituent un sous-groupe de la population adolescente. Il est difficile d'évaluer quantitativement cette population au Canada étant donné qu'elle change constamment. Nous ne possédons pas d'évaluation fiable quant au nombre de jeunes dans la rue du fait même de la nature transitoire de ce groupe (Zdanowicz, Adlaf et Smart, 1993). On considère les jeunes de la rue comme un groupe à hauts risques pour nombre de raisons,

dont leur mode de vie. Même s'ils ne composent pas un groupe homogène, ils ont en commun leur forte consommation de substances psychotropes et des risques sérieux d'infection au VIH et à l'hépatite C. Selon plusieurs études, la majorité des jeunes de la rue ont déjà consommé du cannabis, et les taux de leur usage de drogues autres, tels la cocaïne, le crack et le LSD sont de 5 à 15 fois supérieurs aux taux établis pour tous les jeunes (Smart, 1993). Le traitement efficace des jeunes de la rue passe le plus souvent par des interventions non structurées ou légèrement structurées seulement, coordonnées par les services de gestion des cas, et prévoit également des services d'approche et de soutien. Vu le refus des jeunes d'utiliser les services et la multiplicité de leurs problèmes, la gestion de cas est à leur égard cruciale (Martin, 1990). Mais l'adoption d'un nouveau mode de vie (p. ex., se trouver un logement convenable à long terme) marquera souvent la fin pour eux de leur consommation excessive de drogues et d'alcool.

Smart (1993) a pour sa part relevé plusieurs changements intervenus durant les dix années précédentes au regard des différents traitements offerts aux jeunes toxicomanes :

- Les jeunes alcooliques et toxicomanes sont plus nombreux qu'auparavant à s'inscrire en traitement, ce qui vaut pour tous les genres de traitement.
- Les données indiquent une hausse du taux des jeunes filles en traitement et une diminution de l'âge moyen.
- Les cas d'usage abusif de cocaïne et de narcotiques exigeant un traitement ont augmenté, mais ceux concernant l'alcool, le cannabis et les tranquillisants ont diminué. On n'observe aucun changement significatif du nombre des cas relatifs aux hallucinogènes ou aux solvants.
- Les communautés thérapeutiques ont élargi leur champ d'application et ne restreignent plus leurs activités aux seules personnes entretenant une dépendance à la drogue ou à l'alcool.
- On tend à recourir davantage aux programmes ambulatoires établis dans la communauté plutôt qu'aux programmes offerts en résidence ou dans les hôpitaux.

En examinant la documentation existante, l'*Institute of Medicine*(1990) a conclu l'importance de considérer plusieurs aspects du dossier, afin d'améliorer le traitement des jeunes :

- Le manque de précision et de consensus quant à la définition de l'usage abusif de l'alcool chez les jeunes.

---

5 Depuis cette étude, plusieurs études canadiennes ont démontré une hausse de la consommation du cannabis et des problèmes associés (Adlaf et coll., 1995; Poulin, 1996), sauf en Ontario où le niveau de consommation se maintient (Adlaf et coll., 1997).

- La conception des études cliniques faisant la comparaison des différentes méthodes de traitement recommandées à la suite d'expériences cliniques.
- Les inconvénients d'une surexploitation des programmes de traitement en établissement.
- Le désaccord quant à la nécessité de fournir un traitement axé sur l'abus, soit de drogues, soit d'alcool;
- la controverse quant à la nécessité de prévoir des services et installations ventilés selon l'âge.

📖 Principe de meilleure pratique

(No. 15)

Les modalités de traitement qui semblent convenir le mieux aux adolescents sont celles qui prévoient l'adaptation aux besoins individuels. Les principaux éléments de programme comprennent la thérapie familiale, le counseling comportemental, l'appui de la famille et des pairs et les soins continus. Sont aussi considérés importants les services auxiliaires, notamment la disponibilité d'écoles pour les décrocheurs, le counseling en orientation professionnelle, les services de loisirs, le développement psychologique, le counseling en cas de crise et le counseling en matière de sexualité.

d) Les aînés

Le produit psychotrope le plus couramment utilisé par les personnes de 65 ans et plus est l'alcool. Bien que celles-ci consomment moins d'alcool et de tabac que les plus jeunes, elles font par contre un plus grand usage de médicaments prescrits, surtout les femmes. Selon l'Enquête sur l'alcool et les autres drogues au Canada (1994), l'usage des tranquillisants, des somnifères et des antidépresseurs obtenus sur ordonnance croît avec l'âge, 27,4 p. cent des 65 ans et plus prenant au moins un médicament. Cela pourrait provenir du fait que l'usage de ces drogues est généralement considéré comme normal, alors que la consommation d'alcool par la femme a toujours été mal perçue par la société (Graham, Carver et Brett, 1996).

Outre les problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie, les personnes âgées sont parfois aux prises avec de nombreuses réalités quotidiennes, notamment les tâches ménagères, les soins personnels, le transport et le magasinage. Bon nombre d'entre elles ont perdu un conjoint et vivent ainsi isolées, éprouvent des difficultés financières ou sont encore agressées par des membres de la famille. Elles ont souvent du mal à admettre leur alcoolisme ou leur toxicomanie et demandent rarement de l'aide. Les individus ayant besoin d'aide sont très peu nombreux à s'inscrire en traitement, ils sont le plus souvent repérés par les services de santé ou les services sociaux.

Par opposition aux gens de moins de 65 ans, on note chez les aînés abusant d'alcool des taux de déficiences cognitives supérieurs, une consommation d'alcool plus faible, un plus grand besoin de prendre une consommation avant le petit déjeuner, une plus grande difficulté à cesser de consommer et des problèmes médicaux plus graves (Graham et coll., 1989). Avec le vieillissement, les aînés deviennent plus sensibles aux effets de l'alcool et des drogues et risquent donc, au fur et à mesure qu'ils avancent en âge, d'éprouver plus de problèmes à des degrés de consommation moindres. Leurs problèmes d'alcool et de drogues s'accompagneront le plus souvent de complications médicales multiples ou sérieuses, causées ou aggravées par leur consommation.

On a établi deux sous-groupes d'aînés ayant des problèmes d'alcool, lesquels répondent à des étiologies et à des pronostics différents. Les deux tiers environ ont commencé à boire jeunes. Ils ont généralement de longs antécédents d'alcoolisme, souffrent parfois de troubles physiques graves et présentent le plus souvent un pronostic sombre. Ceux qui ont commencé à boire tardivement sont normalement venus à cette habitude à la suite d'un événement tragique et jouissent d'un meilleur pronostic (Institute of Medicine, 1990). Graham et coll. (1989) considèrent que l'expression « consommation tardive » peut sembler ambiguë, puisqu'elle s'applique parfois à des individus qui ont commencé à consommer dans la quarantaine. Le second sous-groupe réunit les buveurs dont l'alcoolisme pose des dangers en raison de l'interaction des différentes drogues consommées. De plus, Baron et Carver (1997) ont réparti l'alcoolisme des aînés en quatre phases. La phase préliminaire : l'individu boit modérément lors d'activités sociales pour passer ensuite à une consommation plus soutenue pour surmonter le stress. La phase aiguë : l'individu éprouve des symptômes associés à sa consommation ou au sevrage d'alcool. La phase chronique : l'individu présente des troubles physiques, psychiques ou sociaux permanents associés à l'alcool. La phase de récupération : l'individu revient à une consommation ne posant aucun danger.

Il est généralement admis que les programmes de traitement conventionnels ne sont d'aucun secours pour les aînés. Les aînés peuvent avoir de la difficulté à quitter leur maison et accéder aux programmes de traitement et ils ne sont peut-être pas prêts à viser un objectif d'abstention ou d'usage réduits. Le rythme et le contenu des programmes ne sont peut-être pas appropriés pour eux. Cela étant, la meilleure façon d'intervenir dans leur cas est de procéder par le truchement d'une action communautaire ou encore de soins intégrés dans le

contexte plus vaste des services de santé et des activités quotidiennes (Martin, 1990; Baron et Carver, 1997). Les caractéristiques des pronostics plus sombres comprennent les troubles physiques chroniques, la comorbidité psychique, les habitudes familiales quant à la consommation d'alcool et l'isolement (Institute of Medicine, 1990).

Appuyant la thèse selon laquelle les modalités de traitement non conventionnelles sont plus prometteuses que les autres, le projet d'aide communautaire aux aînés COPA (Graham et coll., 1995) a conclu que le traitement efficace de ce groupe se caractérisait par les éléments suivants :

- Interventions d'approche : les conseillers se rendent au domicile du client.
- Absence de confrontation : la reconnaissance du problème de la part de la personne traitée ne constitue pas un élément essentiel du traitement.
- Démarche holistique : COPA misait généralement sur la qualité de vie et sur le maintien de l'autonomie.

La démarche de COPA, souple et axée sur le client, prévoyait l'une ou l'autre ou l'ensemble des interventions suivantes : counseling et intervention en cas de crise pour l'alcoolique plus âgé, conseils et counseling familial, et défense et coordination des intérêts du client auprès d'autres organismes.

Selon l'évaluation, cette démarche s'est révélée fort fructueuse pour amener les aînés à se faire traiter. Les trois quarts des participants environ ont connu des améliorations, situation qui s'est dans l'ensemble maintenue à plus long terme.

Principe de meilleure pratique

(No. 16)

Les aînés sont peu enclins à avouer qu'ils ont un problème d'alcoolisme ou de toxicomanie et moins susceptibles de demander une aide aux services spécialisés. Il semble qu'il soit plus efficace de procéder à des interventions communautaires intégrées dans le contexte général des soins de santé et des activités quotidiennes, en utilisant une démarche souple, holistique et axée sur le client.

e) Toxicomanes et alcooliques présentant aussi des troubles psychiques

Les clients en traitement pour troubles psychiques montrent constamment des taux plus élevés de consommation d'alcool et d'autres drogues et de problèmes connexes que la population en général. Les personnes frappées de troubles psychiques graves risquent tout particulièrement de souffrir d'abus de substances psychotropes. Selon l'*Epidemiological Catchment Area Study* menée aux États-Unis (Regier et coll., 1990), au cours de laquelle on a évalué les troubles psychiques et toxicomaniaques de plus de 20 000 personnes vivant au sein de la collectivité et dans divers établissements institutionnels, on a constaté que les personnes atteintes de schizophrénie et d'une affection bipolaire étaient respectivement quatre fois et cinq fois plus susceptibles que les personnes de la population en général de souffrir également d'alcoolisme et de toxicomanie.

Dans une étude sur le traitement des personnes souffrant à la fois d'alcoolisme ou de toxicomanie et de maladie mentale, Meuser, Drake et Miles (1996) ont généralement observé chez celles qui souffraient simultanément de troubles psychiques et toxicomaniaques graves :

- Un taux plus élevé de rechutes et de réhospitalisation.
- Un taux plus élevé des cas de dépression, de suicide et de violence.
- Une plus grande instabilité dans le logement et un taux plus élevé de sans abri.
- Un moins grand respect des ordonnances et des autres traitements.
- Un risque accru d'infection au VIH.
- Un plus lourd fardeau familial.
- Une plus grande utilisation des services et des coûts supérieurs de leur utilisation.

Les problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie relevés chez les personnes souffrant de maladie mentale sont le plus souvent liés à des questions relatives, par exemple, à la gestion budgétaire et l'instabilité de logement et sont moins susceptibles de transparaître lors des évaluations standard de toxicomanie et d'alcoolisme. Même lorsqu'ils sont suffisamment avancés dans le traitement de leurs troubles psychiques, les clients qui présentent aussi des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie n'en sont généralement qu'à l'étape préparatoire de motivation quant au traitement de ces derniers (Meuser, Drake et Miles, 1996).

Des études de suivi menées auprès de clients traités pour toxicomanie ou pour maladie mentale ont donné lieu à des résultats inégaux. La rémission des troubles concomitants non traités semble courante, mais on note par ailleurs certains cas où les taux des troubles concomitants demeurent inchangés malgré un effet positif sur le problème traité. Il existe actuellement peu de données empiriques permettant de prédire un résultat plutôt que l'autre (ARF, 1997).

Pendant ce temps, l'abus de substances psychotropes peut influencer le cours du traitement des troubles psychiques, et inversement. Au cours de certaines études, les sujets traités pour alcoolisme et toxicomanie qui présentaient des troubles psychiques moins graves ont fait preuve de progrès supérieurs à ceux dont les troubles étaient plus graves. Les sujets dont on ne traite pas les troubles psychiques ont aussi une plus grande tendance à ne pas achever le traitement (ARF, 1997).

Étant donné que les sujets souffrant à la fois d'abus de substances psychotropes et de maladie mentale présentent de nombreux autres problèmes sociaux et physiques, ceux qui sont traités recourent normalement à de multiples services (Wooghe, 1990). Selon les données épidémiologiques existantes sur l'utilisation des services, les sujets déclarant des troubles concomitants sont plus susceptibles de bénéficier des systèmes généraux de services de santé, de soins sociaux et de services judiciaires que des services spécialisés en alcoolisme et toxicomanie ou en santé mentale. Ainsi, toute stratégie visant un règlement efficace de cette question devrait tenir compte du rôle de ces systèmes (ARF, 1997).

Dans le cas des troubles concomitants, on critique souvent, sur le plan systémique, la fragmentation des services, les renvois inopportuns ou inadéquats et le manque de coordination des services. Les problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie d'une part, et de santé mentale de l'autre, ayant toujours été traités par des services distincts, certains sujets souffrant de doubles problèmes ont échappé « aux maillons du filet », ou se sont promenés d'un établissement de traitement à un autre, sans que l'on réponde finalement à leurs besoins complexes et multiples. Ainsi, une bonne partie de la documentation consacrée aux doubles diagnostics porte sur l'importance de coordonner les services de repérage, d'évaluation et de traitement de manière à assurer la meilleure gestion possible des problèmes tant psychiques que toxicomaniaques. Les aspects cliniques à considérer consistent à déterminer le problème principal, le rôle de la psychothérapie, le trouble à traiter en premier, la pertinence de traiter les deux problèmes simultanément, le rôle des médicaments et si l'un des troubles est à l'origine des symptômes de l'autre (el-Guebaly, 1993; ARF, 1997).

Compte tenu des points précédents, les prestataires de services ont recommandé de multiples formules de traitement, allant des programmes spécialisés à la coordination ou à l'amalgamation des services existants. La documentation fait état de trois modèles de base pour traiter l'alcoolisme et la toxicomanie accompagnés de maladie mentale : le traitement

séquentiel, le traitement parallèle et le traitement intégré (Ries, 1993). Bien que la recherche sur le sujet soit limitée, les résultats obtenus par les sujets ayant suivi le traitement séquentiel ou parallèle se sont avérés médiocres. Les récentes mesures prises en vue de régler les troubles concomitants ont principalement porté sur l'intégration des services et leur prestation simultanée. Les modèles de services intégrés partagent pour la plupart les caractéristiques suivantes :

- Approche dynamique visant à amener les individus en traitement et à résoudre d'urgence les préoccupations d'ordre social ou clinique.
- Gestion de cas.
- Interventions collectives (p. ex., apprentissage social).
- Emphase sur le renforcement de la motivation à se faire traiter.
- Mise en valeur d'une optique à long terme reconnaissant la nature chronique des problèmes.
- Application fréquente de stratégies comportementales, interventions familiales et opportunes selon la disposition de l'individu à changer.

Le bien-fondé du traitement intégré reste à approfondir, mais plusieurs études préliminaires d'un large éventail de modèles de traitement intégré permettent de croire à des résultats plus heureux qu'avec le traitement parallèle. La *Dual Disorders Study* du New Hampshire a comparé les incidences de deux modalités de gestion de cas sur le traitement de 240 sujets. Or, selon une première analyse, ces deux modalités permettent de réduire efficacement la toxicomanie tout en améliorant les autres problèmes (Meuser, Drake et Miles, 1996).

Parmi ses recommandations visant à améliorer les services offerts aux personnes présentant des doubles diagnostics, la Fondation de la recherche sur la toxicomanie (1997) a proposé ce qui suit :

- Améliorer le renvoi et la coordination entre les services spécialisés et vérifier les incidences et la rentabilité de ces deux processus. Prévoir à cette fin des modèles de gestion de cas partagée entre les organismes actuels de traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme et des problèmes de santé mentale.
- Interdire de façon générale les critères d'exclusion des organismes (c.-à-d. l'exclusion des sujets atteints de troubles psychiques du traitement destiné à l'alcoolisme et aux toxicomanies, et inversement), sauf lorsque des faits ou un aspect pratique contraignants le justifient.

- Veiller à ce que les professionnels des services spécialisés en alcoolisme et toxicomanie et en santé mentale reçoivent la formation pertinente, concernant les méthodes éprouvées d'évaluation, de renvoi et de traitement des cas présentant des troubles concomitants.
- Assurer également aux prestataires de soins de santé primaires et au personnel des services aux handicapés, des services sociaux et des services de justice pénale, la formation pertinente en matière d'évaluation, de renvoi et de traitement, tant au regard de l'alcoolisme et la toxicomanie que de la santé mentale.

Les deux études citées plus haut soulignent qu'on ne devrait pas diminuer l'importance des services spécialisés; ces derniers sont essentiels, surtout dans le traitement de problèmes plus graves et plus complexes. Il s'agit plutôt de combiner les services de traitement spécialisés aux services de traitement généraux pour en faire un outil de services de soins continus.

Principe de meilleure pratique

(No. 17)

Même si la recherche sur le sujet demeure encore limitée, le traitement intégré des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie et de santé mentale semble plus prometteur que le traitement séquentiel ou parallèle. Il importe d'améliorer le processus de renvoi et de gestion des cas, en assurant d'étroits rapports et une solide coordination entre les services spécialisés compétents et les services d'approche informels mis sur pied par la communauté. La formation est cruciale, non seulement pour le personnel des services spécialisés, mais aussi pour celui des services sociaux et correctionnels qui accueillent les toxicomanes et les alcooliques. Il convient, de façon générale, de décourager l'exclusion des sujets atteints de troubles psychiques des services de traitement de l'alcool et de la toxicomanie, et inversement.

f) Toxicomanes séropositifs ou sidéens

L'utilisation de drogues injectables (UDI) s'est avérée une voie de plus en plus importante de la transmission du VIH au Canada. En 1997, on a attribué 19,9 p. cent des cas d'adultes diagnostiqués avec le sida à la transmission par l'UDI (Santé Canada, 1998). Au moment de publier cette information, Vancouver possède le plus haut taux d'infection au VIH chez les utilisateurs de drogues injectables en Amérique du Nord. Les populations risquant tout particulièrement d'être infectées par le virus du SIDA chez les usagers de drogues par injection sont les Autochtones et les femmes. Les Autochtones sont surreprésentés parmi les usagers de drogues par injection des milieux urbains et des établissements correctionnels, lesquels sont reconnus comme des lieux à haut risque en ce qui concerne l'usage des drogues par injection et la propagation du virus du SIDA.

Bien que plusieurs rapports sur le sujet soient parus au Canada, les travaux de recherche sur le traitement de la toxicomanie destiné aux sidéens et aux séropositifs demeurent peu nombreux.

Les résultats d'une étude ont néanmoins été publiés en avril 1996, par le groupe *The Point Project* (Archibald et coll., 1996), un projet mis sur pied dans le but d'examiner les facteurs de risque d'infection au VIH chez les usagers de drogues par injection habitant Vancouver. L'échantillon étudié comportait 89 sujets séropositifs et 192 sujets non séropositifs. Les résultats ont démontré une gravité accrue des problèmes de drogues (cocaïne et héroïne) chez les sujets séropositifs, acuité attribuée à une perte de contrôle sur leur cadre de vie et à une certaine inaptitude à faire des choix positifs au regard de leur santé. En conclusion, les auteurs ont recommandé : l'implantation d'un programme de traitement de la toxicomanie accessible aux usagers de drogues par injection; la réalisation de travaux de recherche sur l'efficacité du traitement à la méthadone chez les usagers de drogues par injection habitant Vancouver; la prestation d'un plus grand choix de traitements axés sur la réduction des méfaits.

Le fait que les services ignorent comment procéder au traitement et à la réadaptation des sujets à la fois toxicomanes et séropositifs ou sidéens nuit considérablement au succès de leur traitement et de leur réadaptation. La démarche de ces services peut ne pas convenir aux toxicomanes de la rue qui pratiquent l'injection. Les spécialistes en traitement de la toxicomanie ne disposent en général pas des connaissances nécessaires pour traiter les toxicomanes séropositifs ou sidéens, tout comme les professionnels en counseling auprès des séropositifs et sidéens manquent aussi de connaissances sur la toxicomanie.

Le médecin hygiéniste en chef de la Colombie-Britannique a déjà formulé, dans un rapport intitulé *Health Impact of Injection Drug Use and HIV in Vancouver* (Whynot, 1996), plusieurs recommandations visant à améliorer le traitement de la toxicomanie chez les séropositifs et les sidéens. Le rapport recommandait l'adoption des mesures suivantes :

- L'implantation de programmes antidrogue régionaux pour les UDI du secteur de Vancouver, misant tant sur la gestion de la toxicomanie que sur les diverses alternatives à l'abstinence.
- L'établissement, par l'ordre des médecins et chirurgiens, de partenariats favorisant la mise en œuvre d'un système de traitement à la méthadone plus efficace à Vancouver, et de l'application d'autres modalités permettant de gérer les symptômes de toxicomanie.
- Le développement de services de santé mentale et de counseling à l'intention des usagers de drogues par injection.
- La mise sur pied d'un groupe de travail provincial chargé d'étudier les méthodes de gestion des symptômes de la toxicomanie chez les cocaïnomanes et de développer des alternatives au traitement à la méthadone.
- Le développement, par les centres hospitaliers universitaires de la région de Vancouver, d'une stratégie de gestion de la toxicomanie.

En 1991, la Fondation de la recherche sur la toxicomanie (ARF) a publié un document intitulé *Best Advice: Prevention Strategies - Injection Drug Users and AIDS*(ARF, 1991). Ce document souligne l'importance d'élargir l'accès des toxicomanes séropositifs ou sidéens aux services de traitement antidrogue et de multiplier le nombre des programmes de traitement à la méthadone offerts au Canada.

Aussi, Santé Canada a récemment publié, par l'entremise de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida, un ouvrage intitulé, « Les soins, le traitement et le soutien a donné aux utilisateurs de drogues par injection vivant avec le VIH ou le SIDA » (1997). Entre autres services de soutien recommandés par le rapport à l'intention des usagers de drogues par injection séropositifs ou sidéens, il est notamment proposé : d'instaurer des programmes d'échange de seringues; de charger les cliniques locales et les infirmières d'assurer les soins primaires, le counseling et l'aide sociale nécessaires; de prévoir des systèmes de soutien social permettant de combler les besoins vitaux tels de nourriture et de vêtements; d'élargir l'accès des toxicomanes aux programmes de traitement et de réadaptation et aux services d'hébergement avec soutien.

De nombreux usagers de drogues par injection séjournent un jour ou l'autre en milieu de détention. Or, l'usage de drogues par injection dans les prisons canadiennes, où le taux d'infection au VIH a connu une hausse alarmante ces dernières années, a sérieusement aggravé la situation. Malheureusement, les mesures prises par les services correctionnels fédéral/provinciaux et territoriaux en vue de stopper la propagation du virus du SIDA au sein de la population carcérale n'ont été que sporadiques. Certaines prisons distribuent aujourd'hui de l'eau de javel pour désinfecter les seringues, mais l'application de cette mesure préventive dans les prisons canadiennes demeure inégale. De façon analogue, peu de services semblent encore autoriser l'accès au traitement antidrogue approprié aux toxicomanes séropositifs ou sidéens.

Un groupe de travail sur le VIH, le SIDA et l'usage de drogues par injection a publié un plan d'action national; ce plan comprenait quinze recommandations majeures, visant à résoudre les multiples difficultés que doit surmonter le toxicomane séropositif ou sidéen pour recevoir le traitement approprié ou même avoir accès au traitement dont il a besoin (Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et Association canadienne de santé publique, 1997). Le groupe de travail a notamment insisté sur l'urgence d'élargir l'accès aux différentes possibilités de soins et de traitement tout en s'efforçant de réduire la stigmatisation de cette population de toxicomanes. Il conviendrait par exemple, dans cette optique, de ne plus exiger du toxicomane séropositif qu'il fasse preuve d'une abstinence absolue avant de lui prodiguer les soins dont il a besoin, tant au regard de sa toxicomanie que de sa séropositivité, et de s'assurer que chaque individu reçoit un médicament antiviral, même s'il continue de consommer des drogues illicites. Respectant l'urgence de réduire les méfaits, le groupe de travail a recommandé d'accroître considérablement l'accessibilité à la méthadone et de mener, au Canada, des essais cliniques de traitement à la morphine, à l'héroïne et à la cocaïne.

Principe de meilleure pratique

(No. 18)

Les usagers de drogues par injection séropositifs ou sidéens tendent à être largement marginalisés par la société et ont difficilement accès aux soins et traitements dont ils ont besoin. Les risques extrêmes auxquels ils font face, en ce qui concerne leur santé et celle des autres, exigent de mieux coordonner les services et d'adopter davantage de mesures de traitement novatrices en vue de freiner la propagation du virus du sida, en particulier chez les Autochtones, les femmes et les détenus.

📖 Principe de meilleure pratique

(No. 19)

Il convient d'assurer aux populations spéciales un meilleur accès aux services de traitement, soit par l'un ou plusieurs des éléments suivants : a) une plus grande sensibilisation et un meilleur accès aux ressources d'aide informelles, dont les programmes d'aide personnelle ou d'entraide et les méthodes autodidactiques; b) une plus grande contribution, de la part des services communautaires généraux, au dépistage et à l'appui des personnes souffrant de problèmes de toxicomanie; c) la prestation de services spécialisés passant par les services d'approche. Il est impératif d'assurer une bonne gestion des cas, si l'on veut répondre efficacement aux besoins uniques et souvent multiples de cette population.

5. Les perspectives relatives aux systèmes de prestation des services

L'analyse de la documentation sur la prestation des services de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie ne fournit aucun rapport de grande importance quant aux questions touchant les systèmes de prestation. On retrouve plutôt une mosaïque de données tirées de documents directeurs inédits rédigés par diverses juridictions, de courts exposés faisant partie d'études plus importantes sur l'efficacité du traitement et de quelques articles publiés. Cela reflète l'état actuel des « systèmes » de traitement antidrogue et antialcool, qui regroupent tout un éventail de services, de nature, de portée et d'objectifs différents, généralement mal coordonnés. La recherche et le développement des systèmes de traitement posent nombre de défis, dont le perpétuel manque de précision et d'uniformité dans les termes employés pour décrire les composantes du traitement n'est pas le moindre.

Une bonne part des travaux de recherche effectués est tributaire d'études systémiques dans des disciplines aussi variées que l'écologie sociale, la théorie générale des systèmes et l'étude du processus de formation des politiques publiques (Rush, 1996). Le présent examen sera donc nécessairement sélectif et axé sur les questions générales qui présentent une pertinence particulière au contexte du traitement au Canada.

Au Canada, le traitement formel de l'alcoolisme et de la toxicomanie est normalement assuré par les services spécialisés à cet effet. Au cours de la récente décennie toutefois, on a constaté un intérêt croissant à l'égard du rôle que les services « non spécialisés » des secteurs de santé, sociaux et correctionnels peuvent remplir dans la réduction des problèmes d'alcool et d'autres drogues. Cet intérêt découle de la thèse selon laquelle l'alcoolisme et la toxicomanie et les autres problèmes de l'existence soient interreliés et s'influencent mutuellement et de la croyance qu'un problème plus fondamental sous-tendrait les symptômes de la toxicomanie et de l'alcoolisme. Une part importante de tels problèmes est sans trop grande gravité et peut être facilement résolue grâce à l'intervention de non-spécialistes. Ces praticiens exercent aussi un rôle essentiel dans le dépistage et le renvoi des cas atteints de problèmes plus graves.

Toutefois, il n'y a qu'une faible proportion d'alcooliques et de toxicomanes qui cherchent de l'aide pour résoudre leur problème, et une plus petite proportion encore qui fait appel à des services spécialisés en traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies.

Ainsi, l'un des thèmes que l'on reprend souvent dans le débat sur les systèmes porte sur la nécessité d'amener les services humanitaires plus généraux à participer davantage au dépistage et au traitement des alcooliques et des toxicomanes. Le comité consultatif sur le traitement de la toxicomanie de l'Ontario (Martin et coll., 1990) préconise l'adoption d'un

système selon lequel les médecins pratiquant dans le cadre des services généraux seraient investis de la mission, des fonds et de la formation nécessaires pour dépister et traiter les nouveaux cas d'alcoolisme et de toxicomanie parmi leurs patients. De façon analogue, l'*Institute of Medicine des États-Unis*(1990) a proposé un système dans le cadre duquel les services non spécialisés contribueraient à élargir la base de traitement en desservant les patients qui ne viendraient pas autrement en contact avec les services antidrogue. Les rôles possibles du secteur non spécialisé, esquissés par le rapport, comprenaient : le dépistage des individus présentant des problèmes d'alcool, dans le secteur concerné; la prestation d'une courte intervention dans le cas des individus présentant des problèmes légers ou modérés; et le renvoi à un traitement spécialisé des personnes souffrant de problèmes d'alcool graves ou de celles chez qui l'intervention de courte durée a échoué.

a) Éléments du système de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie

Pour faciliter la clarification des rôles éventuels des divers intervenants concernés, spécialisés et non spécialisés, le collectif Martin a établi un éventail de fonctions distinctes, essentielles à la démarche globale du traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie :

- information et renvoi
- service d'approche
- dépistage des cas
- intervention de courte durée
- service sans rendez-vous et service secours
- désintoxication
- évaluation exhaustive
- gestion des cas
- traitement ambulatoire
- traitement de jour et de soir
- traitement en établissement de courte durée
- traitement en établissement de longue durée
- soins post-cure et soins continue

Ces fonctions peuvent être exercées à l'intérieur des différents services spécialisés et non spécialisés, comprenant les soins de santé, les services sociaux et la justice pénale, mais pouvant aussi inclure les écoles, le milieu de travail et les organisations religieuses.

Au cœur des systèmes proposés, on retrouve l'évaluation exhaustive, qui doit permettre d'apparier le client au service qui lui correspond le mieux. Eliany et Rush (1992) ont admis que même si la démarche d'appariement semble fondée, la recherche à cet égard est fort complexe sur le plan conceptuel et méthodologique. Il conviendrait en outre d'établir une distinction entre l'appariement du client à l'intervention respectueuse de ses besoins (p. ex., apprentissage social ou psychothérapie) et l'appariement du client - qui présente souvent de

multiples problèmes - aux différents services pertinents (p. ex., counseling financier ou formation professionnelle). Même si l'appariement du client aux services paraît relativement simple, l'information repère sur laquelle fonder l'appariement idéal reste à cerner. La récente étude d'envergure sur l'appariement client-traitement dont fait état le *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAAA) des États-Unis n'a guère pu relever de critères d'appariement et ce, même en s'appuyant sur trois services de traitement et sur une vaste enquête de clients (voir le Project Match à la section 2).

Peut-être en anticipation d'un tel échec, l'Organisation mondiale de la santé suggérait, dans un rapport paru en 1991, qu'il y aurait vraisemblablement lieu de développer des lignes directrices d'appariement au niveau local, basées sur les résultats de traitement locaux. Reconnaissant ainsi que différents intervenants puissent offrir différents traitements selon le contexte, les lignes directrices d'appariement pourraient varier selon la région. Il est en outre impératif, souligne le rapport, que les programmes et systèmes assurent une « boucle de rétroaction » entre les résultats et l'évaluation globale, afin que les services soient mieux en mesure de décider des interventions locales les plus appropriées à leur clientèle.

L'une des théories qui ont nourri l'étude du traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie est le modèle transthéorique de changement de Prochaska et DiClemente (1983). Proposée à l'origine comme un modèle théorique de renoncement au tabac, cette approche organise le traitement des problèmes d'alcool et de toxicomanie à l'intérieur d'un cadre bio-psycho-social (Marlatt et coll., 1988). Ce modèle des « phases de changement » décrit un profil courant de changement de comportement fondé sur la motivation et la disposition de l'individu à changer.

- Pré-intention : ne pense pas à quitter
- Intention : pense sérieusement à quitter
- Préparation : envisage de quitter dans les 30 prochains jours
- Action : a quitter depuis moins de six mois
- Maintien : est entré dans la phase débutant six mois après le traitement
- Rechute : a repris le comportement avant le traitement

Tout en fournissant une orientation clinique précise, ce modèle soutient la configuration du système suggéré par le collectif Abrams (1993), qui incorpore les soins par niveaux et l'appariement des caractéristiques. Ce modèle propose en effet que les services soient organisés selon un degré d'intensité minimal, modéré ou élevé.

D'après ce modèle, les individus sont évalués selon leur degré de motivation, d'auto-efficacité, niveau de dépendance, de comorbidité et des facteurs sociaux culturels, puis assignés à l'un des trois niveaux de traitement. L'un des grands principes de ce modèle dicte de commencer par le premier niveau le moins intensif (et le moins coûteux), puis de faire passer au niveau suivant l'individu pour qui le niveau moins intensif n'aura pas réussi. On appliquerait ainsi, dominant tout le processus clinique, une approche de santé publique misant sur le renforcement progressif de la motivation grâce à une action communautaire et à l'appui des politiques publiques.

Le schéma proposé par l'Organisation mondiale de la santé (1990) souligne six « niveaux de couverture », qui forment une séquence d'application logique et qui, ensemble, constituent un système complet de services de traitement des alcooliques et des toxicomanes :

- *Premier niveau* : On tente systématiquement de fournir aux individus qui souffrent de problèmes d'alcool ou d'autres drogues et aux individus en phase de désintoxication, les services de traitement les mieux appropriés à leurs besoins.
- *Deuxième niveau* : On assure aux alcooliques et toxicomanes des soins généraux et spécialisés de réadaptation (par ex., aide alimentaire, médicale, psychique) subséquemment à la période d'intoxication ou de désintoxication.
- *Troisième niveau* : On procède à l'évaluation systématique de toutes les personnes cherchant des services humanitaires de base dans divers secteurs (p. ex., santé, justice pénale, bien-être, éducation et travail), afin d'établir si elles présentent des problèmes d'alcool et d'autres drogues et, le cas échéant, à une intervention pertinente de courte durée.
- *Quatrième niveau :* On établit une fonction de gestion de cas, chargée d'assurer la continuité des soins, pour tous les individus présentant des problèmes de toxicomanie ou d'alcoolisme.
- *Cinquième niveau :* On prévoit une ou plusieurs thérapies de courte durée permettant de répondre aux besoins de cas exceptionnels survenant après la mise en place du quatrième niveau.
- *Sixième niveau :* On prévoit des interventions complexes à alternatives multiples, sous réserve d'une évaluation avant traitement, exhaustive, qui permet de rassembler et d'apprécier les données nécessaires à l'appariement alcoolique/toxicomane-traitement le plus judicieux qui soit.

Plus récemment, désireux de faire valoir l'importance de pousser la recherche et le développement des systèmes, Rush (1996) a relevé les éléments d'un système de traitement des alcooliques et des toxicomanes qu'il a situé à deux niveaux, soit clinique et communautaire.

Au niveau clinique, ces éléments seraient orchestrés selon un continuum analogue à celui proposé par Martin et coll., (1990) et l' *Institute of Medicine*(1990) :

> *membre de la communauté → définition du problème et demande d'aide → admission et maintien au sein du système → évaluation, assignation et gestion de cas → désintoxication, stabilisation et intervention en cas de crise → planification du traitement et sélection d'un objectif → traitement, réadaptation et prévention de la rechute → soins continus et suivi d'évaluation.*

Au niveau communautaire, une série d'étapes est proposée dans le développement d'un système de traitement communautaire, chacune étant susceptible de faire l'objet d'une étude :

> *analyse historique et contextuelle → description du système → évaluation des besoins → développement communautaire → coordination des services → contrôle du système → évaluation du système.*

Rush poursuit en suggérant qu'il serait possible de caractériser un système de plusieurs façons, soit en déterminant :

- dans quelle mesure les composantes complètent le « continuum de soins »;
- si les évaluations sont centralisées ou décentralisées par tout le système;
- dans quelle mesure, et de quelle manière, la gestion des cas est effectuée;
- le rôle et la contribution des programmes d'aide personnelle;
- la main-d'œuvre et les autres ressources consacrées au système;
- le niveau de formation des intervenants du système;
- le coût du système et les mécanismes de financement;
- le rôle des mesures coercitives et obligatoires au sein du système;
- la couverture relative des divers plans d'assurance.

b) Qui demande de l'aide pour des problèmes d'alcool et d'autres drogues?

Dans quelle mesure est-il plausible qu'une personne souffrant de problèmes d'alcool ou d'autres drogues choisisse délibérément de demander une aide *spécifique* pour son problème de consommation ou de s'adresser à un service de traitement spécialisé? En fait, les taux de fréquence d'une telle demande varient selon la définition des termes « aide » et « problème ». Mais lorsque l'on définit largement ces deux termes, il ressort que la majorité de ces personnes, en Amérique du Nord, ne demandent aucune aide de leur propre chef, soit-elle générale ou spécialisée. Selon de récentes études canadiennes et américaines, de 5 p. cent à 28 p. cent seulement des adultes admettant avoir déjà eu des problèmes d'alcool auraient déjà fait appel à des ressources informelles (amis, membres de la famille, groupes d'entraide) ou professionnelles, et seulement de 1,2 p. cent à 9 p. cent, à des services spécialisés en alcoolisme et toxicomanie (Rush et Tyas, 1994; Weisner, Greenfield et Room, 1995). Sur celles qui demandent de l'aide pour des problèmes d'alcool, la plupart (70 p. cent) déclarent s'adresser aux Alcooliques Anonymes ou à d'autres groupes d'entraide. Cela provient peut-être du fait que les organismes de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie sont peu connus de la population en général, contrairement au mouvement des AA.

Les études américaines indiquent une hausse de 3 p. cent à 6 p. cent du nombre des consommateurs d'alcool à problèmes ayant demandé de l'aide durant les années 80, mais au Canada, on ignore si le pourcentage de cette même catégorie a aussi augmenté durant la même période.

Au Canada, seulement 3 p. cent des consommateurs de drogues illicites, identifiés dans le cadre d'une enquête, ont déclaré avoir demandé une aide quelconque pour leurs problèmes de toxicomanie (Rush et Tyas, 1994). Aux États-Unis, aucune étude n'a établi le pourcentage correspondant pour cette même catégorie de consommateurs.

En 1980, le collectif Hingson a mené la première étude d'envergure auprès de la population, en vue de comparer les buveurs à problèmes qui avaient consulté un service de traitement ou un professionnel et ceux qui ne l'avaient pas fait. L'étude a été menée dans la région de Boston. Or, parmi les sujets ayant déclaré avoir des problèmes au moment de l'étude, ceux qui avaient récemment demandé une aide comptaient normalement parmi les plus gros buveurs, étaient les plus âgés, les moins instruits et étaient affiliés à une religion. Aucun écart n'est cependant ressorti quant au sexe, à la situation d'emploi, au revenu, à la race et aux autres caractéristiques sociodémographiques. Quant au groupe des sujets ayant déclaré avoir déjà éprouvé des problèmes d'alcool, si l'on observe la plupart des facteurs sociodémographiques, aucun écart ne distinguait non plus ceux qui avaient déjà cherché de l'aide. Au moment de l'enquête toutefois, ceux qui avaient déjà demandé de l'aide étaient moins nombreux que les autres à être séparés ou divorcés et plus nombreux à être sans emploi, à la retraite ou handicapés. Puisqu'il s'agissait d'une étude transversale, il est

impossible de déterminer l'influence de ces écarts sur la quête d'aide au cours de la vie d'un sujet. Une étude de suivi (Hingson et coll., 1982) a néanmoins permis de constater que la décision de se faire traiter découlait davantage d'un accroissement des difficultés sociales et personnelles pour l'individu que des caractéristiques démographiques ou des niveaux de consommation.

Se fondant sur les résultats de trois études nationales américaines, Weisner, Greenfield et Room (1995) ont comparé trois catégories de sujets soit : ceux qui avaient déjà consulté un organisme ou un professionnel pour des problèmes d'alcool; ceux qui s'étaient déjà adressés aux AA; et, ceux qui avaient déjà suivi un programme de réadaptation pour alcooliques, à ceux qui n'avaient jamais demandé d'aide. On a aussi examiné les tendances dans la demande d'aide et les caractéristiques des buveurs qui font une telle demande. On a alors constaté que, dans l'ensemble de la population et dans le cadre des trois études, c'était surtout les hommes et les 18 à 49 ans qui demandaient de l'aide, ceux qui fréquentaient les AA et qui suivaient les programmes de traitement pour alcooliques. La recherche d'aide au cours de la vie du sujet est reliée aux niveaux de sa dépendance à l'alcool et au poids social de sa consommation. En fait, le meilleur prédicteur d'une recherche d'aide s'est révélé être une mesure des répercussions sociales de l'alcoolisme. Cependant, la recherche d'aide pour des problèmes d'alcool au cours de la vie entière d'un sujet paraît plus fréquente chez les hommes, les non marié(e)s et d'âge moyen, et ce, même en faisant abstraction des conséquences sociales et de la dépendance.

Rush et Tyas (1994) ont pour leur part utilisé les données de l'Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues réalisée par Santé Canada en 1989, dans le but de comparer aux autres les personnes qui demandaient de l'aide pour des problèmes d'alcool ou d'autres drogues. Ils ont ainsi observé, chez les buveurs, que ce sont les hommes qui sont les plus nombreux à demander de l'aide, principalement ceux de 35 à 54 ans n'ayant pas terminé leur secondaire, gagnant moins de 20 000 $ par année, séparé(e)s ou divorcé(e)s, vivant dans les Prairies (Alberta, Saskatchewan, Manitoba) et sans emploi. Chez les consommateurs de drogues illicites, les plus nombreux à demander de l'aide sont ceux qui gagnent moins de 20 000 $ par année, qui n'ont pas terminé leur secondaire et sont divorcés ou séparés.

Selon des analyses inédites effectuées à partir du supplément sur la santé mentale de l'Enquête sur la santé de l'Ontario, de 1990, les personnes faisant un usage abusif de drogues et souffrant parallèlement d'un trouble psychique (comorbidité) étaient nettement plus nombreuses à demander de l'aide que celles qui souffraient d'un problème d'abus seulement. Chez les hommes éprouvant un problème d'abus, 10 p. cent avaient demandé une aide professionnelle l'année précédente, alors que 3,7 p. cent s'étaient adressés à des lignes de secours, à des groupes d'entraide ou à des programmes spécialisés. Les taux correspondants chez les hommes présentant des troubles psychiques s'établissaient à 29,2 p. cent et à 15 p.

cent. Des écarts similaires ont aussi été observés dans le cas des femmes. Cependant, les femmes, présentant des troubles psychiques ou non, étaient presque deux fois plus nombreuses que les hommes à s'être adressées à une ressource professionnelle.

En 1988, Bardsley et Beckman ont comparé les alcooliques qui suivaient un traitement à ceux qui n'en suivaient pas. Les échantillonnés avaient été recrutés par le groupe traité et au moyen de la publicité. Or, les résultats ont démontré que la décision de se faire traiter dépendait de la perception que le sujet avait de la gravité de son problème d'alcoolisme et du nombre des situations « inhabituelles » survenues au cours du mois précédent (par ex., conflits avec le conjoint, nouveaux symptômes physiques, accidents d'automobile).

Une seule étude comparative a été effectuée en ce qui concerne les opianomanes en traitement et les opianomanes non traités. L'étude a porté sur des sujets de l'unité de traitement des toxicomanies de *Yale University* dans la région de New Haven, au Connecticut, et sur un échantillon complémentaire construit de « bouche à oreille », commençant avec des toxicomanes non traités mais connus de ceux déjà en traitement ainsi que de thérapeutes ex-toxicomanes (Rounsaville et Kleber, 1985). Les sujets des deux échantillons, soit en traitement et non traités, présentaient à peu près les mêmes caractéristiques pour ce qui est de l'âge, du niveau d'études et de la situation conjugale. Le premier groupe comptait toutefois plus de personnes de groupe ethnique et de femmes que le second. Rounsaville et Kleber ont en même temps constaté que, compte tenu du sexe et de la race, les opianomanes en traitement se rapprochaient de ceux dans la communauté pour ce qui est de la durée et de la gravité de la consommation d'opiacés et de leurs démarches d'intoxication. Toutefois, ceux qui ne suivaient aucun traitement ont déclaré un meilleur fonctionnement social, moins de problèmes reliés à la drogue et des taux inférieurs de dépression. Ceux qui n'avaient demandé aucune aide semblaient sous-estimer la gravité de leur toxicomanie et les avantages du traitement.

Qui décide de recourir à des services d'aide spécialisés?

Selon Room (1977), les alcooliques inscrits dans les services de réadaptation subventionnés par l'État et ceux qui vivent au sein de la société en général habitent deux mondes différents. Les premiers ont normalement entre 35 et 60 ans, sont sans emploi et vivent à l'extérieur du noyau familial. Les seconds ont normalement entre 18 et 25 ans, travaillent, et vivent dans des familles (Armour, Polich et Stanbul, 1978).

Maintes études ont démontré, après neutralisation des écarts de la consommation d'alcool et des problèmes d'une telle consommation entre les sexes, que les femmes étaient moins nombreuses que les hommes à s'adresser aux services spécialisés (Weisner et Schmidt, 1993). On a attribué cette situation à une insuffisance de services répondant spécifiquement à leurs besoins et à certains obstacles qui les décourageaient de s'inscrire en traitement (p. ex., situation financière, garde des enfants). Mais on a aussi remarqué que les hommes et les

femmes interprétaient les symptômes de maladie différemment, ce qui peut influencer leur décision de demander de l'aide. Contrairement aux hommes, les femmes alcooliques considèrent davantage leur toxicomanie comme un problème de dépression ou d'anxiété que de dépendance (Blume, 1982; Fillmore, 1984; Beckman et Amaro, 1986). Cela vient peut-être du fait que les femmes alcooliques ont toujours fait l'objet d'une plus grande stigmatisation que les hommes et qu'elles ont aussi davantage tendance à consulter des services généraux plutôt que spécialisés en alcoolomanie. Ces faits ont été confirmés par une étude de Weisner et Schmidt (1993). Celle-ci a en effet démontré que les femmes dépendantes de l'alcool étaient plus nombreuses que leurs homologues masculins à s'adresser à des services de santé non spécialisés en alcoolomanie, en particulier les services de santé mentale, et à déclarer aussi une plus grande gravité de leurs symptômes. Ce dernier résultat laisse supposer que les femmes reporteraient le moment de demander de l'aide jusqu'à ce que leurs problèmes soient déjà assez graves. Weisner, Greenfield et Room (1995) ont aussi constaté que contrairement aux hommes, les femmes souffrant de dépendance alcoolique, au sein de la population en général, déclaraient un plus grand usage des services de santé généraux et de santé mentale que des services de traitement pour alcooliques.

Outre les nombreuses études descriptives consacrées aux personnes s'adressant à des ressources d'aide spécifiques, plusieurs études comparatives ont aussi été menées sur l'usage des différentes ressources d'aide. Pattison, Coe et Rhodes (1969) ont ainsi comparé les clients d'un hôpital faisant appel à la thérapie par aversion, avec ceux d'une maison de transition et d'une clinique de psychothérapie externe. Par rapport aux clients de la maison de transition, ceux des autres programmes présentaient, à leur admission, des taux de problèmes d'alcool nettement plus bas et des taux de santé interpersonnelle nettement plus élevés. Les clients du programme de traitement par aversion présentaient aussi des taux sensiblement plus élevés que les autres en matière de santé professionnelle.

Une étude de Beckman et Kocel (1982) sur les caractéristiques structurales de 53 centres de traitement de l'alcoolisme, en Californie, a révélé que les femmes avaient tendance à fréquenter les centres où l'on comptait davantage de professionnels, où l'on traitait aussi les enfants et où l'on fournissait des soins postcure.

O gborne (1995a) a pour sa part observé, parmi un échantillon de jeunes gens (de 12 à 25 ans) qui consultaient pour abus de substances psychotropes, que ceux qui préféraient être traités en établissement présentaient un plus grand nombre de troubles psychiques et de problèmes reliés à la dépendance que ceux qui choisissaient un service de traitement ambulatoire. Ils étaient aussi plus nombreux que les autres à avoir déjà reçu un traitement. Cela suppose que les clients qui demandent à être traités en établissement ne le font pas sur simple caprice ni par ignorance des autres possibilités et renforce donc la nécessité de tenir compte des préférences du client dans la planification de son traitement.

Des études plus anciennes ont indiqué que les alcooliques qui joignaient le mouvement des Alcooliques Anonymes étaient pour la plupart des hommes qui se démarquaient des autres quant à leurs antécédents de consommation, à leurs caractéristiques sociodémographiques, à leur personnalité et à leur système de valeurs (Ogborne et Glaser, 1981). Aujourd'hui cependant, le mouvement est assez diversifié et semble attirer une clientèle plus hétérogène (Montgomery, Miller et Tonigan, 1993). Il accueille en outre de plus en plus de femmes (Weisner, Greenfield et Room, 1995).

Principe de meilleure pratique (No. 20)

La majorité des gens souffrant de problèmes d'alcool ou d'autres drogues ne demandent pas d'aide, particulièrement des services spécialisés. On devrait donc s'efforcer de faire connaître l'existence de services spécialisés tant dans la population en général que chez les intervenants des services sociaux et les fournisseurs de services de santé.

c) Questions de coordination propres au système de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie

La coordination, élément pertinent à tous les services humanitaires, a été définie comme le degré de collaboration et d'échange existant au sein d'un groupement de prestataires de services (Baker, 1991). L'on considère que la coordination réduit la fragmentation, l'interruption, l'inaccessibilité et le manque de responsabilisation des services spécialisés et empêche que les clients n'échappent aux maillons des services (Anderson, Frieden et Murphy, 1977).

Plusieurs défis spécifiques se posent, au regard de la coordination, dans le contexte canadien du traitement des alcooliques et des toxicomanes (Ogborne et Rush, 1983) :

- L'absence de toute planification et financement systématiques des services.
- L'opposition des idéologies et perspectives quant à la nature des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanies et face aux approches optimales d'évaluation et de traitement.
- L'absence d'un cadre ou d'un langage commun pour décrire les clients et leurs problèmes, aggravée par la diversification et la non-normalisation des exigences de formation en alcoolisme et toxicomanie, tant pour le personnel des services spécialisés que des services généraux de soins de santé et de services sociaux

- L'immensité du réseau, comprenant services de soins de santé, de services sociaux et correctionnels, prenant en charge l'individu et la médiocrité des communications entre les diverses composantes d'un tel réseau.
- La complexité et la nature multidimensionnelle de l'alcoolisme et de la toxicomanie, la difficulté d'offrir aux sujets les services dont ils ont besoin en l'absence d'un continuum de services et l'application de critères d'appariement des ressources non fondés sur une base empirique solide.
- Le processus de renvoi, lorsqu'il donne lieu à une simple recommandation « passive » de chercher de l'aide plutôt qu'à la prestation active de cette aide et qu'à la prise en charge des intérêts de l'individu en le dirigeant directement aux services appropriés.
- La tenue des dossiers et d'autres aspects de l'assurance de la qualité qui ne sont pas uniformisés ou qui sont de piètre qualité et qui, par conséquent, nuisent à la responsabilisation et à l'évaluation des questions concernant les systèmes de traitement à l'échelle de la communauté.

Les réformes actuelles au sein des systèmes de soins de santé et des services sociaux viennent compliquer ces questions, en exigeant que les prestataires maintiennent et peut-être redéfinissent leurs rapports actuels, pendant qu'ils doivent en nouer de nouveaux au sein de la communauté. Bien qu'aucune mesure uniformisée de coordination entre les services n'ait été développée, le collectif Ogborne (1997), dans une étude de la documentation, a proposé que la coordination entre les prestataires de services pourrait se caractériser par les éléments suivants :

- *Connaissance mutuelle* : les membres du personnel connaissent-ils les compétences de chacun et leurs programmes respectifs?
- *Fréquence de l'interaction* : le personnel clé se rencontre-t-il pour discuter des questions relatives au travail?
- *Fréquence et direction des renvois* : à quelle fréquence les clients (ou combien d'entre eux) sont-ils aiguillés vers et entre les différents services du réseau?
- *Fréquence et direction de l'échange d'informations* : les services échangent-ils des informations sur les programmes, les services, et les clients?
- *Fréquence et direction du partage ou de l'échange de personnel*: les services partagent-ils ou empruntent-ils du personnel en permanence ou selon des ententes temporaires?
- *Fréquence et direction des autres échanges de ressources* : les services partagent-ils des fonds, des salles de réunions, des matériels ou d'autres ressources?

- *Activités conjointes* : les services tiennent-ils conjointement des consultations, des études de cas, des activités de formation du personnel, d'admission et d'évaluation, de collecte de données, de conception, d'exploitation et d'évaluation de programmes, ou procèdent-ils à la fusion de programmes?

- *Recoupement des conseils d'administration* : des membres de divers services siègent-ils à plusieurs conseils communautaires?

- *Officialisation des ententes* : les services ont-ils coordonné leurs activités dans le cadre d'ententes officielles?

Selon Martin et coll. (1990), il serait utile d'envisager des méthodes formelles et bien planifiées de mise en réseau afin de rehausser le niveau des activités informelles. Tout en soulignant comme mécanismes de réseautage les ateliers usuels, les bulletins ou les associations officielles de prestataires de services, les auteurs recommandent que les organismes de financement prévoient à titre officiel, dans la description des tâches du gestionnaire de programme, la consécration d'un pourcentage de son temps à la participation aux travaux de comités de planification ou de coordination locale.

d) Gestion de cas

Compte tenu de la taille et de la complexité des services de traitement actuels, la planification de la gestion des cas est considérée comme un élément crucial des systèmes de traitement. Même si les autres éléments de système, tels l'évaluation, l'appariement et le traitement surviennent dans un ordre plus ou moins séquentiel, la gestion des cas doit, de son côté, passer outre à tous ces autres éléments, en vue d'assurer à l'individu une expérience valable (Institute of Medicine, 1990). Martin et coll. (1990) définissent la gestion de cas comme un processus comportant les éléments suivants :

- L'évaluation permanente des forces, des faiblesses et des besoins du client.

- Une planification permanente en vue de déterminer les services répondant le mieux aux besoins particuliers du client.

- L'appariement des clients aux services dont ils ont besoin et la vérification continue de la pertinence de l'appariement.

- Le contrôle et l'évaluation permanents des progrès du client.

- La défense des intérêts du client de manière à s'assurer que le système de traitement répond équitablement et efficacement à ses besoins.

Il existe divers processus de gestion des cas. Certains consisteront notamment à créer des liens fortement structurée entre les composantes du système, ou à confier au client la responsabilité d'assurer la continuité de son traitement, ou ce qui est encore plus fréquent, à assigner cette fonction à un intervenant d'un organisme de services (Institute of Medicine, 1990). Martin et coll. (1990) font observer que, indépendamment de la personne responsable ou de la démarche suivie, tous les organismes ont besoin de considérer la gestion des cas comme une fonction distincte fondée sur les politiques et les procédures en place. L'*Institute of Medicine*(1990) laisse entendre que la société aurait à ce chapitre un rôle à remplir, puisque la documentation sur la gestion des cas fait ressortir l'importance des traits de caractère de l'individu, tels la persévérance, la souplesse et la minutie.

Principe de meilleure pratique

(No. 21)

Les études portant sur les configurations efficaces des systèmes ont été à ce jour peu nombreuses. Les chercheurs sont cependant unanimes à penser que l'individu est mieux servi lorsqu'il a accès à tout un éventail de soins personnalisés empruntant aux services spécialisés et non spécialisés; la pertinence de ces soins doit en outre être assurée par une certaine coordination et par la gestion des cas et ces soins doivent tenir compte des particularités des populations spéciales.

e) Le rôle des programmes d'aide personnelle et des groupes d'entraide

Bien que les programmes d'entraide tels que les Alcooliques Anonymes et les Narcotiques Anonymes ne se considèrent pas comme des programmes formels de traitement, ils exercent un rôle vital à l'intérieur de nombreux systèmes de traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies. On retrouve un large éventail de différents groupes AA, particulièrement dans les grandes villes; ils s'adressent souvent à une clientèle spécifique : groupes pour femmes seulement, pour non-fumeurs, pour homosexuels et pour lesbiennes. Plus encore, on a vu naître toute une gamme de groupes d'entraide et d'aide personnelle de différentes conceptions philosophiques, issus des AA et des NA, qui répondent à d'autres besoins spécifiques. Parmi ceux-là, on retrouve *Women for Sobriety, Moderation Management, Rational Recovery, Secular Organizations for Sobriety, Self Management et Recovery Training* Les AA et les NA demeurent cependant les plus disponibles, surtout au Canada (Youngson, 1997).

Au fil des années, la philosophie des AA et des NA a inspiré la conception de maints programmes de traitement, et leurs groupes assurent souvent les soins de suivi prévus par ces programmes. Aussi, plusieurs de ces programmes exigent que la participation aux réunions NA et AA soit un pré-requis. En tant que parrains, les membres de ces mouvements tiennent souvent une place cruciale dans le soutien et la défense de l'individu tout au long de sa désintoxication, de son traitement et de ses rechutes. De nombreux alcooliques et toxicomanes préféreront se joindre à de tels mouvements plutôt que de s'inscrire à un programme de traitement officiel.

Si de nombreuses personnes tirent profit de ces groupes d'aide personnelle, ce n'est pas le cas pour tout le monde, et la question n'est pas de savoir « si les groupes d'aide fonctionnent », mais « pour qui et de quelle manière un renvoi dans un de ces groupes pourrait être le plus utile ». Alors qu'il convient de pousser la recherche pour répondre à cette question, on devrait tenter de faire participer les alcooliques et les toxicomanes à des groupes d'aide personnelle, à moins qu'il n'y ait contre-indications comme des préférences individuelles ou des conditions défavorables. Les groupes d'aide personnelle, et tout particulièrement les AA, ne sont pas onéreux et sont facilement disponibles à court et à long terme.

Les intervenants devraient connaître les groupes d'aide personnelle disponibles dans leur région de façon à pouvoir informer leurs clients qui veulent y participer, mais ils devraient aussi reconnaître que ces groupes ne conviennent pas à tous. La participation obligatoire à des réunions AA ou à d'autres groupes semblables paraît contraire à la nature même de l'aide personnelle et de, ce fait, n'a pas l'appui de la recherche.

📖 Principe de meilleure pratique

(No. 22)

Même si, de par la nature même de ces organisations, il est difficile de juger de l'efficacité de la participation aux AA ou à d'autres groupes d'entraide, nombreux sont ceux qui en retirent des bénéfices. Les professionnels devraient donc se familiariser avec ces groupes pour pouvoir informer leurs clients et les encourager à se servir de ces ressources.

6. Avantages économiques associés au traitement

La preuve à l'effet que les toxicomanes et les alcooliques soumis à certaines formes de traitement réduisent par la suite leur consommation de produits psychotropes et améliorent d'autres aspects de leur vie est suffisamment claire. Au-delà des avantages qui en découlent pour l'individu et sa famille, on note également les avantages économiques pour l'ensemble de la société, ou au moins pour certains secteurs de la société, comme l'ont démontré plusieurs études effectuées aux États-Unis. Les études dont il sera question ci-après sont basées sur le système de financement des soins de santé aux États-Unis. Étant donné la très grande différence quant aux systèmes de financement des services sociaux et des soins de santé des États-Unis et du Canada, il est difficile d'en arriver à une généralisation.

En ce qui concerne le traitement de l'alcoolisme, la meilleure preuve des avantages économiques qu'en retire le système de santé provient des études fondées sur le couplage des dossiers de réclamations d'assurance maladie soumises par les alcooliques traités et non traités. La plus vaste étude du genre a été décrite par Holder et Blose (1992). Cette étude portait principalement sur les coûts pour le régime d'assurance maladie d'une importante société industrielle du Midwest américain, des réclamations soumises par 3 068 alcooliques traités et 661 alcooliques non traités, sur une période de 14 ans (1974 - 1987). Les alcooliques ont été repérés à partir des diagnostics déclarés sur les formulaires de réclamation. L'analyse des séries chronologiques a révélé que le coût total des réclamations après le traitement de l'alcoolisme, y compris les coûts du traitement même, avaient diminué entre 23 p. cent et 55 p. cent par rapport aux coûts les plus élevés enregistrés avant le traitement. Le coût des réclamations concernant les personnes non traitées a par contre augmenté suivant leur identification comme alcooliques. L'analyse de la variance après neutralisation de l'état de santé et de l'âge avant le traitement a aussi indiqué que les coûts après le traitement étaient réduits de 24 p. cent. Les auteurs du rapport estiment que ces résultats « constituent la preuve tangible que le traitement de l'alcoolisme peut réduire l'ensemble des coûts médicaux imputables à une population alcoolique hétérogène ».

D'autres études de moindre envergure effectuées par Holder et quelques collègues (Holder et Blose 1986; Holder et Hallan, 1986) ainsi que certaines études antérieures (analysées par Holder, 1987) tendent aux mêmes conclusions. Des conclusions similaires peuvent être tirées également d'études consacrées à l'utilisation des services de santé par les clients des services de santé mentale avant traitement et après traitement (Mumford et coll., 1984; Holder et Blose, 1987).

Bien que ces études laissent entendre que les incidences positives du traitement de l'alcoolisme sur l'utilisation des services de soins de santé s'appliquent à toutes les populations en traitement, les faits démontrent également que ces incidences sont plus grandes dans le cas de certains groupes. Holder et Blose (1986) ont constaté que l'âge influençait les écarts relevés dans l'utilisation des services de santé avant et après le traitement chez les alcooliques traités. La plus forte diminution des coûts globaux après le début du traitement a été enregistrée par le groupe le plus jeune (soit les moins de 45 ans), et les coûts après le traitement imputables à ce groupe ont rejoint les plus bas niveaux enregistrés avant le traitement. Dans le cas des sujets de plus de 65 ans cependant, les coûts des soins de santé sont demeurés relativement stables après le traitement et ne sont pas descendus non plus aux niveaux atteints avant le traitement. Blose et Holder (1991) ont reproduit l'étude, allant même jusqu'à l'élargir, et obtenu les mêmes résultats. Cependant, Booth et coll. (1990) ont pour leur part observé que dans un échantillon de sujets traités pour alcoolisme dans un centre médical pour vétérans, les admissions reliées à l'alcool étaient plus fréquentes et pour des périodes plus longues après le traitement qu'avant le traitement. Les auteurs croient que le faible niveau socioéconomique auquel appartenaient la majorité des sujets étudiés pourrait peut-être expliquer les écarts obtenus entre leurs résultats et ceux de Holder et d'autres chercheurs.

La preuve des avantages économiques du traitement des problèmes de drogues autres que l'alcool provient d'une vaste étude sur le traitement des drogués réalisée aux États-Unis par le collectif Hubbard en 1989. Cette étude réunissait les données provenant de plus de 10 000 usagers de drogues et visait 37 programmes de traitement axés sur trois grandes modalités de traitement : le traitement à la méthadone, le counseling ambulatoire de toxicomanes devenus abstinents et la communauté thérapeutique. Des quantités considérables de données furent alors recueillies sur les admissions, le traitement et le suivi. Le volet économique de l'étude portait principalement sur les coûts des activités criminelles reliées à la drogue. Deux mesures de synthèse des coûts avaient été établies, soit, d'une part, les coûts pour les citoyens respectant la loi et, d'autre part, les coûts pour la société. Les premiers incluaient les coûts des crimes reliés aux dommages ou pertes matériels, des pertes de productivité dues aux blessures ou à des inconvénients reliés à la drogue et des procédures de la justice pénale. Les coûts pour la société comprenaient les coûts pour les victimes d'activités criminelles reliées à la drogue, les coûts des procédures de la justice pénale et les coûts engagés, au titre des activités criminelles, à cause des pertes touchant le développement professionnel et la productivité, pendant que les usagers de drogues ne gagnent pas un revenu légitime. Les résultats ont révélé que, parmi la population étudiée, les deux catégories de coûts étaient inférieures après le traitement et que les écarts entre les périodes d'avant et d'après traitement excédaient les coûts de traitement. Les écarts analogues observés au regard des citoyens respectueux de la loi atteignaient leur maximum dans le cas du traitement à la méthadone, tandis que ceux applicables à l'ensemble de la société étaient les plus élevés dans le cas du counseling ambulatoires aux toxicomanes devenus abstinents.

📖 Principe de meilleure pratique

(No. 23)

Les faits démontrent clairement que le traitement des alcooliques et des toxicomanes est économiquement profitable à la société en général ou du moins pour certains secteurs. Plusieurs études démontrent que les avantages économiques tirés de certains traitements sont supérieurs à leurs coûts.

7. Problèmes et limitations de la recherche actuelle

À quelques reprises, au cours de notre exposé, nous avons attiré l'attention du lecteur sur les raisons pour lesquelles il convient d'interpréter les résultats de certaines études ou séries d'études avec prudence. Il convient effectivement de se montrer prudent lorsque l'on généralise les résultats dans le but de les appliquer à des situations de traitement typiques, car bon nombre des études ont été menées dans le cadre de cliniques universitaires avec la participation de thérapeutes hautement compétents, auprès de sujets sélectionnés. De manière générale, les individus présentant des problèmes multiples et socialement instables sont exclus des études contrôlées et ceux que l'on sélectionne conviennent au préalable de respecter les conditions dictées par la recherche. Cela suppose à priori que les sujets retenus ont accepté l'assignation aléatoire du traitement, ceux souhaitant bénéficier d'un traitement en particulier ou participer à la planification de leur traitement étant systématiquement exclus.

Quant à l'objectif d'accroître l'efficacité du traitement, il risque de poser un dilemme pour les chercheurs, les praticiens et les décideurs. Le danger existe, en effet, qu'un tel objectif incite les services à fixer des critères d'admission sévères qui contribueront à augmenter les taux de succès, mais qui refuseront en même temps la prestation des services à ceux qui en ont le plus besoin. Les services qui favoriseront la prestation à ces derniers travailleront auprès de candidats souvent peu favorables à l'obtention de meilleurs résultats dans les études.

Mis à part le traitement à la méthadone, il y a eu peu de recherche sur les autres solutions en ce qui concerne les héroïnomanes et, plus généralement, sur les autres utilisateurs de drogues par injection. Il semble que nous soyons devant un problème majeur étant donné le haut taux d'utilisation de drogues par injection à Vancouver et, dans les grandes villes canadienne, ainsi que la prolifération du VIH, et de l'hépatite C, et le taux élevé de décès chez les usagers.

Certains rapports de recherche fournissent suffisamment de précisions sur leur processus de sélection des candidats et font état des caractéristiques essentielles des sujets retenus, alors que d'autres ne le font pas. Une telle incohérence empêche de comparer pleinement les études (Finney et Monahan, 1996).

D'autres lacunes observées dans les rapports de recherche publiés concernent le manque d'uniformisation des mesures de résultats et la faiblesse statistique due à la petite taille des échantillons. Il est ainsi possible de conclure à l'inefficacité d'un traitement alors que la réalité est autre, et inversement.

La méthodologie d'évaluation actuelle des traitements ne permet pas toujours de rendre pleinement compte des effets des différentes thérapies, lesquelles sont dans certains cas fort complexes. Il est par exemple reconnu que certains traitements, tels ceux axés sur le comportement, dont les résultats sont calculés en termes d'objectifs atteints, sont toujours plus faciles à étudier que les autres, dont l'objectif vise d'abord à répondre à des besoins.

Miller (1995) a tenté de déterminer dans quelle mesure les résultats déclarés des études contrôlées étaient fonction de la qualité de la recherche. Il existe toute une série de mesures de la qualité de la recherche. Contrairement à ce que l'on croyait, à savoir qu'une mauvaise qualité de recherche tendrait davantage à démontrer l'efficacité des études, Miller et Hester n'ont constaté aucun lien entre la qualité de la recherche et les résultats des traitements.

Dennis et coll. (1996) s'inquiètent tout particulièrement du fait que de nombreuses études dont les rapports ont été publiés, y compris celles qui ont suivi un protocole expérimental, ont peu de valeur sur le plan statistique, car elles utilisent des échantillons non représentatifs, et n'évaluent pas les propriétés psychométriques de leurs instruments de mesure. Ces mêmes chercheurs font aussi remarquer que la documentation inclut maintes études qui ont omis de neutraliser la variabilité interne des échantillons traités et d'effectuer des analyses multidimensionnelles pour neutraliser les effets contextuels marquant bon nombre de résultats. Dennis et coll. estiment qu'il convient de réaliser de nouvelles recherches sur les services de santé afin de palier ces faiblesses. Cela suppose de développer des systèmes de contrôle qui permettront de mieux comprendre et évaluer les clients, les interventions, ainsi que les problèmes organisationnels et financiers tels qu'ils se présentent dans la réalité. Il s'agit là d'une démarche différente de la démarche expérimentale, puisqu'elle s'intéresse à l'efficacité du traitement dans un cadre réel plutôt que dans un cadre prédéterminé.

8. Conclusion générale et sommaire des meilleures pratiques

Malgré ses limitations, la recherche actuelle donne lieu à plusieurs conclusions judicieuses, que nous avons soulignées, dans le présent rapport, à titre de meilleures pratiques s'appliquant à certaines modalités de traitement.

Les résultats de recherche sont suffisamment clairs quant à la capacité de certaines modalités de traitement à amener les sujets traités à réduire subséquemment leur usage de produits psychotropes et à améliorer d'autres aspects de leur vie. Même si les améliorations apportées au chapitre de l'alcoolisme et de la toxicomanie s'accompagnent généralement d'améliorations dans d'autres aspects de la vie du sujet, cela n'est pas toujours le cas, pas plus qu'il ne soit juste de prétendre que les améliorations aux autres titres (p. ex., santé, fonctionnement social et criminalité) exigent l'abstinence. Certains résultats présenteront une plus grande valeur que d'autres, selon les intéressés, mais il importe avant tout d'apprécier le succès des traitements à la lumière de multiples critères s'inscrivant dans un continuum. Les mesures dichotomiques des résultats (p. ex., abstinence vs rechute) masquent les avantages progressifs du traitement et ne tiennent pas compte du fonctionnement du sujet traité dans les autres aspects de sa vie.

Certaines modalités de traitement semblent particulièrement prometteuses quant à leur influence sur la consommation des produits psychotropes et les problèmes connexes (voir ci-après) et les résultats des traitements sont, en règle générale, accrus lorsque les traitements appropriés sont aussi fournis pour des problèmes importants de la vie (problèmes de communication, manque de confiance en soi, chômage). Le succès des traitements est cependant influencé par les caractéristiques des clients avant et après le traitement, ainsi que par leur environnement social. Les individus qui souffrent de troubles psychiques graves et ceux ne bénéficiant pas d'un soutien social dont ils ont besoin pour demeurer abstinents ou réduire leur consommation réussissent normalement moins bien que les autres.

Nous présentons ci-après la liste des meilleures pratiques à retenir, tirés du présent rapport :

1er principe de meilleure pratique (p. 16)

La pharmacothérapie peut assurément contribuer au traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies si l'on prend soin d'en contrôler l'application. De nombreux médicaments utilisés en pharmacothérapie comportent en effet le risque d'engendrer eux-mêmes une dépendance, aussi doivent-ils être administrés avec prudence et leur usage, régulièrement contrôlé.

La documentation appuie, comme complément d'une thérapie globale, l'usage sélectif du *disulfirame* chez les sujets socialement stables et motivés.

La *naltrexone* peut s'avérer un complément de traitement efficace, en réduisant le besoin d'alcool.

La *méthadone* administrée en doses convenables et accompagnée d'une thérapie de soutien, permet de réduire l'usage des opiacés illicites, l'activité criminelle, la propagation du virus du sida; d'améliorer les conditions sociales et la santé physique du sujet traité et sa productivité; dans certains cas, de mener à l'abandon total de l'héroïne. Plus longue est la durée du traitement, meilleurs sont les résultats.

2e principe de meilleure pratique (p. 19)

La documentation donne un certain appui aux programmes comportementaux de prévention des rechutes pour les fumeurs et ceux qui ont des problèmes d'alcool. Elle appuie également la thérapie d'apprentissage de la maîtrise du soi comportemental appliquée aux buveurs présentant des problèmes moins graves et considère cette thérapie comme étant une solution de rechange rentable par rapport aux thérapies plus poussées dirigées par des professionnels. L'entente de comportement serait également efficace dans le cadre d'un programme de traitement global.

3e principe de meilleure pratique (p. 20)

La méthode de l'appui communautaire s'est révélée très efficace, surtout auprès des buveurs manquant d'appuis sociaux suffisants et souffrant de problèmes de consommation plus graves.

4e principe de meilleure pratique (p. 21)

La recherche confirme largement l'efficacité de la thérapie conjugale, en particulier la thérapie comportementale du couple, tant sous forme abrégée que prolongée.

5e principe de meilleure pratique (p. 22)

La recherche appuie fortement l'apprentissage social, en particulier dans le cas des buveurs à problèmes.

6e principe de meilleure pratique (p. 22)

La recherche confirme la valeur de la gestion du stress dans le traitement des problèmes d'alcool.

7e principe de meilleure pratique (p. 30)

Bien que la documentation ne puisse pas encore prouver quel genre de traitement convient le mieux à tel sujet, cela ne signifie pas que tous les traitements conviennent à chacun. Il faut offrir des services souples et personnalisés et il faut établir des directives en vue de choisir les services appropriés.

8e principe de meilleure pratique (p. 31)

À moins de contre-indication, on devrait favoriser la thérapie de groupe.

9e principe de meilleure pratique (p. 34)

La recherche continue de confirmer la rentabilité relative du traitement ambulatoire par rapport au traitement en établissement, sans exclure pour autant le besoin de certains toxicomanes et alcooliques d'être hébergés en milieu de soutien à court ou à plus long terme. Il demeure toujours possible pour ces patients de bénéficier simultanément des soins ambulatoires offerts pour leur toxicomanie, alcoolisme ou autres problèmes.

10e principe de meilleure pratique (p. 36)

Les interventions de courte durée (jusqu'à huit rencontres) semblent bénéficier aux gens socialement stables et dont la dépendance à l'alcool n'est pas trop lourde. Certains alcooliques peuvent avoir besoin de traitement à plus long terme, mais on n'a pas pu déterminer la durée type d'un traitement qui serait efficace. De nombreuses études ont démontré qu'un traitement à court terme pouvait être tout aussi efficace qu'un traitement à long terme.

11e principe de meilleure pratique (p. 37)

On a obtenu de meilleurs résultats avec des sujets qui avaient moins de problèmes et plus de ressources. Cela confirme le besoin d'identifier et de développer des interventions plus efficaces pour les patients qui, à un moment donné, présentent un pronostic plus lourd.

12e principe de meilleure pratique (p. 38)

L'administration d'un traitement approprié par des thérapeutes compétents, capables de grandes qualités dans leurs rapports avec autrui, notamment d'empathie, et capables également d'établir une alliance thérapeutique avec leurs patients accroît les chances de succès de ces derniers.

13e principe de meilleure pratique (p. 40)

Certains faits confirment l'efficacité du traitement obligatoire prescrit par les tribunaux dans le cas des héroïnomanes et des gens qui conduisent en état d'ébriété, mais la documentation générale sur l'efficacité de ce genre de traitement demeure ambiguë. Il serait donc inexact de conclure que les clients soumis au traitement obligatoire font de moins bons candidats aux thérapies.

14e principe de meilleure pratique (p. 44)

Bien que la recherche ne suffise pas à démontrer la supériorité de tel genre de traitement sur tel autre en ce qui concerne les femmes, il est de toute évidence urgent de s'attaquer aux obstacles qui nuisent à leur traitement et d'apporter de multiples modifications (p. ex., harmonisation du calendrier de traitement avec le calendrier scolaire de l'enfant, utilisation de matériels autodidactiques), de fournir des soins auxiliaires (p. ex., soins pendant grossesse et soins connexes, counseling en matière d'agression sexuelle, apprentissage des compétences parentales, aide professionnelle) ainsi que des services de soutien (p. ex., garderies, transports, etc.).

15e principe de meilleure pratique (p. 48)

Les modalités de traitement qui semblent convenir le mieux aux adolescents sont celles qui prévoient l'adaptation aux besoins individuels. Les principaux éléments de programme comprennent la thérapie familiale, le counseling comportemental, l'appui de la famille et des pairs, et les soins continus. Sont aussi considérés importants les services auxiliaires, notamment la disponibilité d'écoles pour les décrocheurs, le counseling en orientation professionnelle, les services de loisirs, le développement psychologique, le counseling en cas de crise, et le counseling en matière de sexualité.

16e principe de meilleure pratique (p. 50)

Les aînés sont peu enclins à avouer qu'ils ont un problème d'alcoolisme ou de toxicomanie et moins susceptibles de demander une aide aux services spécialisés. Il semble qu'il soit plus efficace de procéder à des interventions communautaires intégrées dans le contexte général des soins de santé et des activités quotidiennes, en utilisant une démarche souple, holistique et axée sur le client.

17e principe de meilleure pratique (p. 54)

Même si la recherche sur le sujet demeure encore limitée, le traitement intégré des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie et de santé mentale semble plus prometteur que le traitement séquentiel ou parallèle. Il importe d'améliorer le processus de renvoi et de gestion des cas, en assurant d'étroits rapports et une solide coordination entre les services spécialisés compétents et les services d'approche informels mis sur pied par la communauté. La formation est cruciale, non seulement pour le personnel des services spécialisés, mais aussi pour celui des services sociaux et correctionnels qui accueillent les toxicomanes et les alcooliques. Il convient, de façon générale, de décourager l'exclusion des sujets atteints de troubles psychiques des services de traitement de l'alcool et de la toxicomanie, et inversement.

18e principe de meilleure pratique (p. 57)

Les usagers de drogues par injection séropositifs ou sidéens tendent à être largement marginalisés par la société et ont difficilement accès aux soins et traitements dont ils ont besoin. Les risques extrêmes auxquels ils font face, en ce qui concerne leur santé et celle des autres, exigent de mieux coordonner les services et d'adopter davantage de mesures de traitement novatrices en vue de freiner la propagation du virus du sida, en particulier chez les Autochtones, les femmes et les détenus.

19e principe de meilleure pratique (p. 58)

Il convient d'assurer aux populations spéciales un meilleur accès aux services de traitement, soit par l'un ou plusieurs des éléments suivants : une plus grande sensibilisation et un meilleur accès aux ressources d'aide informelles, dont les programmes d'aide personnelle ou d'entraide et les méthodes autodidactiques; une plus grande contribution, de la part des services communautaires généraux, au dépistage et à l'appui des personnes souffrant de problèmes de toxicomanie; la prestation de services spécialisés passant par les services d'approche. Il est impératif d'assurer une bonne gestion des cas, si l'on veut répondre efficacement aux besoins uniques et souvent multiples de cette population.

20e principe de meilleure pratique (p. 68)

La majorité des gens souffrant de problèmes d'alcool ou d'autres drogues ne demandent pas d'aide, particulièrement des services spécialisés. On devrait donc s'efforcer de faire connaître l'existence de services spécialisés tant dans la population en général que chez les intervenant des services sociaux et les fournisseurs de services de santé.

21e principe de meilleure pratique (p. 71)

Les études portant sur les configurations efficaces des systèmes ont été à ce jour peu nombreuses. Les chercheurs sont cependant unanimes à penser que l'individu est mieux servi lorsqu'il a accès à tout un éventail de soins personnalisés empruntant aux services spécialisés et non spécialisés; la pertinence de ces soins doit en outre être assurée par une certaine coordination et par la gestion des cas et ces soins doivent tenir compte des particularités des populations spéciales.

22e principe de meilleure pratique (p. 72)

Même si, de par la nature même de ces organisations, il est difficile de juger de l'efficacité de la participation aux AA ou à d'autres groupes d'entraide, nombreux sont ceux qui en retirent des bénéfices. Les professionnels devraient donc se familiariser avec ces groupes pour pouvoir informer leurs clients et les encourager à se servir de ces ressources.

23e principe de meilleure pratique (p. 75)

Les faits démontrent clairement que le traitement des alcooliques et des toxicomanes est économiquement profitable à la société en général ou du moins pour certains secteurs. Plusieurs études démontrent que les avantages économiques tirés de certains traitements sont supérieurs à leurs coûts.

9. Glossaire du traitement

Auto-confrontation par vidéo : Enregister sur pellicule un(e) buveur(se) lorsqu'il (elle) est intoxiqué(e) et lui faire voir la vidéo une fois qu'il (elle) est sobre et ainsi le (la) confronter sur son comportement de buveur(se).

Autothérapie en douze étapes : Activités de traitement fondées sur la perspective étiologique de l'alcoolisme et autres chimiodépendances, ainsi que sur l'approche en douze étapes des AA ou d'autres groupes analogues d'entraide.

Communauté thérapeutique : Programme de thérapie en résidence à long terme, très structuré, intensif pour ces personnes aux prises avec des problèmes très sérieux, incluant souvent l'implication du système de justice criminelle. Il est modelé sur les programmes américains comme Synanon.

Confrontation : Technique très intensive et très délicate employée durant des activités individuelles et collectives, dont le but est de remettre en question les comportements actuels d'un client et d'amener ce dernier à les changer.

Cours de maîtrise de soi : Activités visant à apprendre au client comment changer ses habitudes de consommation d'alcool, normalement dans le but de l'amener à consommer avec modération. On lui montre entre autres des façons de réagir dans des situations à risque élevé. Cette méthode, que l'on appelle parfois l'autogestion, s'accompagne à l'occasion de guides d'autothérapie.

Éducation antialcool/antidrogue : Transmission et examen de données concrètes sur l'alcool (alcoolisme, abus d'alcool) et les autres drogues (toxicomanie, abus de drogues) grâce, par exemple, à des conférences, à des documentaires ou à des lectures, dans le but de provoquer un changement d'attitude ou de comportement.

Exposition à des signaux : Exposition des buveurs ou des utilisateurs de drogue à des signaux (p.ex. vue, goût, senteur) d'usage d'alcool ou de drogue sans leur fournir la substance tout en supposant qu'une telle exposition éliminera le besoin ou le manque.

Formation en compétences sociales : Ceci réfère à la formation de compétences en comportement permettant de développer et de maintenir des relations interpersonnelles.

Gestion du stress : Activités visant à accroître la capacité du client de se détendre et de gérer son stress. Elles peuvent consister notamment en des exercices de relaxation progressive, de rétroaction biologique, de méditation, de désensibilisation systématique et d'autres techniques.

Hypnose : Faire entrer la personne en transe hypnotique et lui donner ensuite des instructions précises pour changer son usage de substance futur.

Prévention de la rechute : Activités dont le but exprès consiste à enseigner aux clients des techniques pour gérer des situations à haut risque de rechute et à accroître leur confiance en soi (c.-à-d. le degré d'auto-efficacité).

Psychothérapie : Activités individuelles ou collectives où l'on considère que les problèmes d'alcool ou de drogue sont le symptôme d'une psychopathologie sous-jacente et où l'on cherche à résoudre les conflits sous-jacents en ayant recours à des interprétations et à l'amélioration de la compréhension de soi. Parfois d'ailleurs appelée thérapie par la compréhension de soi, elle s'oppose au counseling, qui lui est axé davantage sur le présent et sur la résolution de problèmes.

Raffermissement du comportement : L'usage d'événements environnementaux imprévus, précis tels des stimuli de comportement et le renforcement de comportements qui sont incompatibles avec la consommation d'alcool ou de drogue.

Renforcement communautaire : Une vaste approche qui tente de changer l'environnement de consommation d'alcool ou d'usage de drogue d'un individu en lui fournissant des interventions comme des pharmacothérapies, de l'aide pour trouver un emploi, du counseling en relations et en loisir, etc.

Suivi (soins prolongés) : Ressources ou services offerts aux clients qui, après leur traitement, ont besoin d'encouragements continus et d'autres services.

Thérapie à l'aide de drogue antidipsotropique : L'usage de drogues comme le disulfiram (Antabuse) ou le carbimide calcique (Temposil) pour produire une réaction de dégoût lors de la consommation d'alcool.

Thérapie cognitive : L'identification et la modificaiton de pensées ou croyances mésadaptées qui contribuent au problème d'usage des substances.

Thérapie de désaccoutumance : L'usage de drogues visant à réduire le besoin d'alcool.

Thérapie de groupe : Offre de traitement sous forme de groupe. Elle peut inclure de la psychothérapie de gorupe ainsi que d'autres types de groupe comme les groupes de soutien et les groupes de counseling.

Thérapie familiale et conjugale : Méthode qui consiste à amener le conjoint, les membres de la famille et toute autre personne-clé à participer au processus thérapeutique afin d'améliorer la communication, la résolution de problèmes et d'autres aspects de la vie de famille. Cette méthode permet de modifier les habitudes de consommation d'alcool et de drogue du client, tout en offrant un soutien à la famille.

Thérapie par aversion : Thérapie conçue pour en venir à un évitement conditionné de l'alcool en combinant des images ou la consommation d'alcool avec des expériences désagréables comme des chocs électriques, la nausée ou le vomissement ou des conséquences néfastes imaginées.

Traitement à la méthadone : Emploi de la méthadone, selon un usage prescrit et régulier, comme substitut des opiacés pour stabiliser l'état du client pendant qu'on s' efforce de l'amener à changer son mode de vie et son comportement interpersonnel.

Traitement à la méthadone-faible dose : Dose moyenne de 30-50mg/jour.

Traitement à la méthadone-haute dose : Dose moyenne de 60-100mg/jour.

Traitement ambulatoire : Traitement administré dans un cadre non résidentiel, habituellement sur la base de séances régulières (p. ex., de 1 à 2 heures par semaine).

Traitement bref : Bref counseling de motivation généralement axé sur des personnes qui ont des problèmes faibles à modérés. Il peut aller jusqu'à 8 sessions de traitement du comportement.

Traitement de jour et de soir : Traitement intensif et structuré, offert dans un contexte non résidentiel, généralement cinq jours par semaine (p. ex., à raison de 3 à 4 heures par jour). Peut aussi être administré en milieu institutionnel (p. ex., un établissement correctionnel).

Traitement en milieu résidentiel (courte durée) : Traitement d'une durée généralement inférieure à 40 jours, administré de façon intensive et structuré pendant que le client est en établissement.

Traitement en milieu résidentiel (longue durée) : Services de traitement ou de réadaptation offerts généralement sur une période de plus de 40 jours. Ces services peuvent être assurés par des centres de réadaptation pour toxicomanes, des maisons de transition, des foyers de postcure et des communautés thérapeutiques.

10. Bibliographie

ABRAMS, D.B., et coll. « Integrating Individual and Public Health Perspectives for Treatment of Tobacco Dependence Under Managed Health Care : A Combined Stepped Care and Matching Model », *Tobacco Control* 2 (supp.), S17-S37, 1993.

ADLAF, E.M., et coll. *Ontario Student Drug Use Survey (1977-1995)*, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, Toronto, 1995.

ADLAF, E.M., et coll. *Ontario Student Drug Use Survey (1977-1997)*, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, Toronto, 1997.

AHLES, T.A., et coll. « Impact of Aftercare Arrangements on the Maintenance of Treatment Success in Abusive Drinkers » *Addictive Behaviors*, n° 8 (1983), p. 53-58.

ALTERMAN, A.I., et coll. « Effectiveness and Costs of Inpatient Versus Day Hospital Cocaine Rehabilitation », *Journal of Nervous & Mental Disease*, n° 182 (1994), p. 157-163.

ANDERSON, M.D. « Personalized Nursing : An Effective Intervention Model for Use of Drug-Dependent Women in an Emergency Room », *International Journal of the Addictions*, 1986, n° 21 (1986), p. 105-122.

ANDERSON, W.F., B.J. FRIEDEN, M.J. MURPHY. *Managing Human Services*. International City Management Association, Washington, 1977.

ANGLIN, M.D. « The Efficacy of Civil Commitment in Treating Narcotic Addiction », dans *Compulsory Treatment of Drug Abuse: Research and Clinical Practice*, sous la direction de C.G. Leukefeld et F. Tims, National Institute of Drug Abuse, Rockville (Maryland),1988.

ANGLIN, M.D., M. BRECHT, E. MADDANIAN. « Pre-treatment Characteristics and Treatment Performance of Legally Coerced Versus Voluntary Methadone Maintenance Admissions », *Criminology*, n° 27 (1989), p. 537-557.

ANGLIN, M., et coll. « Consequences and Costs of Shutting Off Methadone », *Addictive Behaviors*, 1989, n° 14 (1989), p. 307-326.

ANNIS, H.M. « Is Inpatient Rehabilitation Cost-Effective? Con Position », *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 1986, n° 5 (1986), p. 175-190.

ANTON, R. « Medications for Treating Alcoholism », *Alcohol Health & Research World*, vol. 18 (1985), n°. 4, p. 265-271.

ARCHIBALD, C., et coll. *The Point Project: A Study of Risk Factors for HIV Infection Among Vancouver's Injection Drug Using Community: Summary of Final Results* Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, 1996.

ARMOUR, D.J., J.M. POLICH, H.B. STAMBUL. *Alcoholism and Treatment, The Rand Corporation*, Santa Monica (Californie), *1978*.

BAEKELAND, F., L. LUNDWALL. « Dropping Out of Treatment : A Critical Review », *Psychological Bulletin*, n° 82 (1975), p. 738-783.

BAKER, F. *Coordination of Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Services*, US Department of Health and Human Services, Rockville (Maryland), 1991.

BARDSLEY, P.E., L.J. BECKMAN. «The Health Belief Model and Entry into Alcoholism Treatment », *International Journal of the Addictions*, vol. 23, n° 1 (1988), p. 19-28.

BARON, J., V. CARVER. « Substance Use and the Older Person », dans *Alcohol and Drug Problems: A Practical Guide for Counsellors*, sous la direction de S. Harrison, V. Carver, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, Toronto, 1997, p. 271-291.

BECKMAN, L.J., H. AMARO. « Personal and Social Differences Faced by Women and Men Entering Alcoholism Treatment » , *Journal of Studies on Alcohol*, n° 47 (1986), p. 135-146.

BECKMAN, L.J., K.M. KOCEL. « The Treatment Delivery System and Alcohol Abuse in Women: Social Policy Implications », *Journal of Social Issues*, n° 38 (1982), p. 139-151.

BLOSE, J.O., H.D.HOLDER. « The Utilization of Medical Care by Treated Alcoholics: Longitudinal Patterns by Age, Gender, and Type of Care », *Journal of Substance Abuse*, n° 3 (1991), p. 13-27.

BLUME, S.B. « Psychiatric Problems of Alcoholic Women », dans *Alcoholism and Clinical Psychiatry*, sous la direction de J. Soloman, Chapter 13, Plenum, New York, 1982.

BOOTH, B.M., et coll. « Longitudinal Characteristics of Hospital Use Before and After Alcoholism Treatment », *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, n° 16 (1990), p. 161-170.

BOYD, N., C.J. MILLARD, C.D. WEBSTER. « Heroin "Treatment" in British Columbia, 1976-1984: Thesis, Antithesis and Synthesis? », *Canadian Journal of Criminology*, vol. 27, n° 2 (1985), p. 195-208.

BRANDSMA, J.M., M.C. MAULTSBY, R.J. WALSH. *Outpatient Treatment of Alcoholism: A Review and Comparative Study*, University Park Press, Baltimore, 1980.

BRAUNSTEIN, W.B., et coll. « Employment Factors in Outpatient Recovery of Alcoholics : A Multivariate Study », *Addictive Behaviors*, n° 8 (1983), p. 345-351.

BULLOCK, M.L., et coll. « Acupuncture Treatment of Alcoholic Recidivism: A Pilot Study ». *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, n° 1 (1987), p. 292-295.

CAIN, V. *Report of the Task Force into Intravenous Narcotic Overdose Deaths in British Columbia*, Ministry of the Attorney General, Vancouver, 1994.

CARROLL, K.M. « Relapse Prevention as a Psychosocial Treatment: A Review of Controlled Clinical Trials », *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, n° 4 (1996), p. 46-73.

CARROLL, K.M., C. NICH, B.J. ROUNSAVILLE. « Differential Symptom Reduction in Depressed Cocaine Abusers Treated with Psychotherapy and Pharmacotherapy », *Journal of Nervous & Mental Disease*, n° 83 (1995), p. 251-259.

CENTRE CANADIEN DE LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME ET LES TOXICOMANIES et L'ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTE PUBLIQUE. *Le VIH, le sida et l'usage de drogues par injection. Un plan d'action national*, Ottawa, 1997.

CHRISTENSEN, A., N.S. JACOBSON. « Who (or what) Can do Psychotherapy: The Status and Challenge of Non-professional Therapies », *Psychological Science*, vol. 5, n° 1, (janvier.1994), p. 8-14.

COLLECTION SUR LES AUTOCHTONES. *Programme de prétraitement des détenus autochtones toxicomanes : projet-pilote (janvier 1990-décembre 1990). Rapport pour spécialistes 1991-11*. Solliciteur général du Canada, Approvisionnements et Services Canada, n° de Cat. JS5-1/3-19160-9, Ottawa, 1992.

COSTELLO, R.M. « Alcoholism Aftercare and Outcome: Cross-Lagged Panel and Path Analyses », *British Journal of Addiction*, n° 75 (1980), p. 49-53.

CUNNINGHAM, J.A., L.C. SOBELL, M.A. SOBELL. « Resolution from Alcohol Problems Without Formal Treatment: Reasons for Change » *Journal of Studies on Alcohol*, n° 7 (1995), p. 365-372.

DAHLGREN, L., A. WILLANDER. « Are Special Treatment Facilities for female Alcoholics Needed? A Controlled Two-year Follow-up Study from a Specialized Female Unit (EWA) Versus a Mixed Male/Female Treatment Facility », *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, n° 13 (1989), p. 499-504.

DAWE, S., et coll. « Does Post-withdrawal Cue Exposure Improve Outcome in Opiate Addiction? A Controlled Trial », *Addiction*, vol. 88, n° 9 (septembre 1993), p. 1233-1245.

DE LEON, G., N. JAINCHILL. « Circumstances, Motivation, Readiness and Suitability as Correlates of Treatment Tenure », *Journal of Psychoactive Drugs*, n° 18 (1986), p 203-208.

DENNIS, M.L., et coll. *Drug Outcome Monitoring Systems (DOMS): Developing a New Paradigm for Health Services Research*, Chestnut Health Systems, Bloomington (Illinois), 1996.

DITMAN, K.S., et coll. « A Controlled Experiment on the Use of Court Probation for Drunk Arrests », *American Journal of Psychiatry*, n°124 (1967), p. 160-163.

DRUMMOND, D.C. « Alcohol interventions : Do the Best Things Come in Small Packages? », *Addictions*, n° 92 (1997), p. 375-380.

DRUMMOND, D.C. « The Relationship Between Alcohol Dependence and Alcohol-related Problems in a Clinical Population », *British Journal of Addiction*, n° 85 (1990), p. 357-366.

EL-GUEBALY, N. « Managing Substance Abuse and Mental Illness : A Canadian Perspective », dans *Dual Disorders: Alcoholism, Drug Dependence and Mental Health*, sous la direction de D. Riley, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, Ottawa, 1993, p. 33-47.

EL-GUEBALY, N. « Substance Abuse and Mental Disorders. The Dual Diagnosis Concept », *The Canadian Journal of Psychiatry*, n° 35 (1990), p. 261-267.

EL-GUEBALY, N., D.C. HODGINS. « Schizophrenia and Substance Abuse: Prevalence Issues », *Canadian Journal of Psychiatry*, n° 37 (1992), p. 704-710.

ELIANY, M., B. RUSH. *L'efficacité des programmes de prévention et de réhabilitation de l'alcoolisme et d'autres toxicomanies : sommaire des évaluations*, rapport de base de la Stratégie canadienne antidrogue, Santé Canada, Ottawa, 1992.

EMRICK, C.D., et coll. « Alcoholics Anonymous: What is Currently Known? », dans *Research on Alcoholics Anonymous: Opportunities and Alternatives*, sous la direction de B.S. McCrady et W.R. Miller, Rutgers Center for Alcohol Studies, New Brunswick (New Jersey), 1983.

FILLMORE, K.M. « "When Angels Fall...": Women's Drinking as Cultural Preoccupation and as Reality », dans *Alcohol problems in Women*, sous la direction de S. Wilsnack et L. Beckman, Guilford Press, New York, 1986, p. 7-36.

FINNEY, J.W., A.C. HAHN, R.H. MOOS. « The Effectiveness of Inpatient and Outpatient Treatment for Alcohol Abuse: The Need to Focus on Mediators and Moderators of Setting Effects », *Addiction*, vol. 91, n° 12 (1996), p. 1773-1796.

FINNEY, J.W., R.H. MOOS. « The Effectiveness of Inpatient and Outpatient Treatment for Alcohol Abusers: Effect Sizes, Research Design Issues and Explanatory Mechanisms » *Addiction*, vol. 91, n° 12 (1996), p. 1813-1820.

FINNEY, J.W., S.C. MONOHAN. « The Cost-effectiveness of Treatment for Alcoholism: A Second Approximation », *Journal of Studies on Alcohol*, 1996, p. 229-243.

FITZGERALD, M.A., H.A. MULFORD. « An Experimental Test of Telephone Aftercare Contacts with Alcoholics », *Journal of Studies on Alcohol*, n° 46 (1985), p. 418-419.

FONDATION DE LA RECHERCHE SUR LA TOXICOMANIE. *Best Advice: Prevention Strategies - Injection Drug Users and AIDS*, Toronto, 1991.

FONDATION DE LA RECHERCHE SUR LA TOXICOMANIE. *Co-occurring Mental Disorders and Addictions: Scientific Evidence on Epidemiology and Treatment Outcome: Implications for Services in Ontario*, Toronto, 1997.

FONDATION MANITOBAINE DE LUTTE CONTRE LES DÉPENDANCES. *Rural and Northern Youth Intervention Strategy (RNYIS) Project*, rapport final, 1995.

FUNDERBURK, F.R.,et coll. « Evaluation of the Multiple Offender Alcoholism Project; Quasi-experimental Evaluation Strategy with a Focus on Individual Disorders », *Evaluation and Program Planning* n° 16 (1993), p. 181-191.

GERSTEIN, D., H. HARWOOD. *Treating Drug Problems* (vol. 1). National Academy Press, Washington, 1990.

GILBERT, S. « The Effects of Type of Aftercare Follow-up on Treatment Outcome Among Alcoholics », *Journal of Studies on Alcohol*, n° 49 (1988), p. 149-159.

GLASER, F.B. « The Concept of Dual Diagnosis : Some Critical Comments », dans *Dual Disorders: Alcoholism, Drug Dependence and Mental Health*, sous la direction de D. Reily, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, Ottawa, 1993, p. 49-59.

GLASER, F.B. *Remarks During Symposium on Monitoring Outcomes for Substance Abuse Treatment Systems*, février 1997, Toronto, 1997, p. 19-20.

GORSKI, T.T. *Passages Through Recovery : An Action Plan for Preventing Relapse*, Hazelden Institute, Center City, (Minnesota), 1989.

GOSTIN, L.O. « Compulsory Treatment for Drug-dependent Persons: Justification for a Public Health Approach to Drug Dependency », *Millbank Quarterly*, n° 69 (1991), p. 561-593.

GRAHAM, K., et coll. « A Controlled Field Trial of Group versus Individual Cognitive-Behavioural Training for Relapse Prevention », *Addiction*, vol. 91, n° 8 (1996), p. 1127-1139.

GRAHAM, K., et coll. *Addictions Treatment for Older Adults: Evaluation of an Innovative Client-centered Approach*, Haworth Press, New York, 1995.

GRAHAM, K., et coll. *Evaluation of the COPA Project: A Description of Client Characteristics, Interventions and Outcomes*, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, Toronto, 1989.

GRAHAM, K., V. CARVER, P.J. BRETT. « Women Aged 65 and Over: Alcohol and Drug Use », Dans *Women's Use of Alcohol, Tobacco and Other Drugs in Canada*, sous la direction de M. Adrian, C. Lundy, M. Eliany, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, Toronto, 1996.

GROENEVELD, J., M. SHAIN. *Drug Use Among Victims of Physical and Sexual Abuse: A Preliminary Report*. Fondation de la recherche sur la toxicomanie, Toronto, 1989.

GROUP FOR THE ADVANCEMENT OF PSYCHIATRY. « Substance Abuse Disorders: A Psychiatric Priority », *American Journal of Psychiatry*, n° 148 (1991), p. 1291-1300.

HALL, W. « Methadone Maintenance Treatment as a Crime Control Measure », *Crime and Justice*, n° 29, (1996) p. 1-12.

HARVEY-JANSEN, Z'A. *Adolescent Treatment : Excellence Through Evaluation, Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission, Edmonton, 1995.*

HASIN, D.S., J. ENDICOTT, M.B. KELLER. « Alcohol Problems in Psychiatric Patients: 5-year Course », *Comprehensive Psychiatry*, n° 32 (1991), p. 303-318.

HEATHER, N. « Brief Intervention Strategies » dans *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives*, sous la direction de R.K. Hester, W.R. Miller, 2e éd., Allyn and Bacon, Needham Heights (Massachusetts), 1995, p.105-122.

HEATHER, N., I. ROBERTSON. *Problem Drinking* 2e éd., Oxford University Press, New York, 1989.

HESTER, R.K. « Behavioral Self-control Training », dans *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives*, 2e éd., sous la direction de R.K. Hester et W.R. Miller, Allyn and Bacon, Needham Heights (Massachusetts), 1995, p. 148-159.

HESTER, R.K., W.R. MILLER (dir.). *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches–effective Alternatives*, 2e éd., Allyn and Bacon, Needham Heights (Massachusetts), 1995.

HINGSON, R., et coll. « Seeking Help for Drinking Problems : A Study in the Boston Metropolitan Area », *Journal of Studies on Alcohol*, n° 43 (1982), p. 273-288.

HINGSON, R., et coll. « Recognizing and Seeking Help for Drinking Problems », *Journal of Studies on Alcohol*, n° 41 (1980), p. 1102-1117.

HOLDER, H.D. « Alcoholism Treatment and Potential Health Care Cost Savings », *Medical Care*, n° 24 (1987), p. 52-71.

HOLDER, H.D., J.B. HALLAN. « Impact of Alcoholism Treatment on Health Care Costs: A Six-Year Study », *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 1986, n° 6 (1986), p. 1-15.

HOLDER, H.D., J.O. BLOSE. « Alcoholism Treatment and Total Health Care Utilization and Costs : A Four-year Longitudinal Analysis of Federal Employees », *Journal of the American Medical Association*, n° 256 (1986), p. 1456-1460.

HOLDER, H.D., J.O. BLOSE. « Changes in Health Care Costs and Utilization Associated with Mental Health Treatment », *Hospital and Community Psychiatry*, n° 38 (1987), p. 1070-1075.

HOLDER, H.D., J.O. BLOSE. « The Reduction of Health Care Costs Associated with Alcoholism Treatment: A 14-year Longitudinal Study », *Journal of Studies on Alcohol*, n° 53 (1992), p. 293-302.

HOLDER, H., et coll. « The Cost Effectiveness of Treatment for Alcoholism: A First Approximation », *Journal of Studies on Alcohol*, n° 52 (1991), p. 517-525.

HSER, Y.I. « A Referral System that Matches Drug Users to Treatment Programs: Existing Research and Relevant Issues », *Journal of Drug Issues*, vol. 25, n° 1 (1995), p. 209-224.

HUBBARD, R.L., et coll. *Drug Abuse Treatment: A National Study of Effectiveness*, The University of North Carolina Press, Chapel Hill (Caroline du Nord), 1989.

HUBBARD, R.L., et coll. « Treatment Outcome Prospective Study (TOPS): Client Characteristics and Behaviors Before, During and After Treatment », dans *Drug Abuse Treatment Evaluation : Strategies, Progress and Prospects* sous la direction de F.M. Tims et J.P. Ludford, National Institute on Drug Abuse, Rockville, (Maryland) 1984.

HUGHES, J.C., C.C.H. COOK. « The Efficacy of Disulfiram: A Review of Outcome Studies », *Addiction*, n° 92 (1997), p. 381-396.

INSTITUTE OF MEDICINE, NATIONAL ACADEMY OF SCIENCES. *Broadening the Base of Treatment for Alcohol Problems*, National Academy of Science Press, Washington, 1990.

ITO, J.R., D.M. DONOVAN, J.J. HALL. « Relapse Prevention in Alcohol Aftercare: Effects on Drinking Outcome Change Process and Aftercare Attendance », *British Journal of Addiction*, n° 83 (1998), p. 171-182.

ITO, J.R., D.M. DONOVAN. « Aftercare in Alcoholism Treatment: A Review », dans *Treating Addictive Behaviors: Processes of Change*, sous la direction de W.E. Miller et N. Heather, Plenum Press, New York, 1986.

JERRELL, J.M., M.S. RIDGELY. « Comparative Effectiveness of Three Approaches to Serving People with Severe Mental Illness and Substance Abuse Disorders », *Journal of Nervous & Mental Disease*, vol. 183, n° 9 (septembre 1995), p. 566-576.

JERRELL, J.M., M.S. RIDGELY. « Evaluating Changes in Symptoms and Functioning of Dually Diagnosed Clients in Specialized Treatment », *Psychiatric Services*, n° 46 (1995), p. 233-238.

KESO, L., M. SALAPURO. « Inpatient Treatment of Employed Alcoholics: a Randomized Clinical Trial on Hazelden-type and Traditional Treatment », *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, n° 14, (1990), p. 584-589.

LANDRY, M. *Overview of Addiction Treatment Effectiveness*, SAMHSA, Office of Applied Studies, Rockville (Maryland), 1995.

LEHMAN, A.F., et coll. « Defining Subgroups of Dual Diagnosis Patients for Service Planning », *Hospital and Community Psychiatry*, n° 45 (1994), p. 556-561.

LIGHTFOOT, L., M., et coll. « Substance Abuse Prevention and Treatment for Women: A Review of the Scientific Literature », dans *Women's Use of Alcohol, Tobacco and Other Drugs in Canada*, sous la direction de M. Adrian, C. Lundy, M. Eliany, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, Toronto, 1996.

LUNDY, C., V. CARVER, L. PEDERSON. « Young Women: Alcohol, Tobacco and Other Drugs », dans *Women's Use of Alcohol, Tobacco and Other Drugs in Canada*, sous la direction de M. Adrian, C. Lundy, M. Eliany, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, Toronto, 1996.

MACNEIL, P., I. WEBSTER. *Enquête canadienne de 1994 sur l'alcool et les autres drogues : Analyse des résultats*, Santé Canada, Ottawa, 1997.

MARLATT, G.A.,et coll. « Addictive Behaviors: Etiology and Treatment », *Annual Review of Psychology*, n° 39 (1988), p. 223-252.

MARLATT, G.A., et coll. « Harm Reduction for Alcohol Problems: Moving Beyond the Controlled Drinking Controversy », *Behavior Therapy*, vol. 24, n° 4 (1993), p. 461-504.

MARLATT, G.A., J.R. GORDON. *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviours*, Guildford Press, New York, 1985.

MARLATT, G.A., W.H. GEORGE. « Relapse Prevention : Introduction and Overview of the Model », *British Journal of Addiction*, n° 79 (1984), p. 261-273.

MARTIN, G., et coll. *Treating Alcohol and Drug Problems in Ontario: A Vision for the 90s*, rapport du comité consultatif sur le traitement des toxicomanies présenté au ministre responsable de la stratégie antidrogue provinciale, Ministère du Solliciteur Général, Toronto, 1990.

MATTSON, M.E. « Patient-treatment Matching: Rationale and Results », *Alcohol Health & Research World*, vol. 18, n° 4 (1994), p. 287-295.

MCAMMOND, D., J. SKIRROW. *Care, Treatment and Support for Injection Drug Users : Living with HIV/AIDS. A Consultation Report Prepared for the AIDS Care, Treatment and Support Program*, Santé Canada, Ottawa, 1997.

MCCRADY, B.S. « Alcoholics Anonymous and Behavior Therapy: Can Habits be Treated as Diseases? Can Diseases be Treated as Habits? », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, n° 62 (1994), p. 1159-1166.

MCCUSTER, J., M., et coll. « The Effectiveness of Alternative Planned Durations of Residential Drug Abuse Treatment », *American Journal of Public Health*, vol. 85, n° 10 (1995), p. 1426-1428.

MCLACHLAN, J.F.C. « Benefit from Group Therapy as a Function of Patient-therapist Match on Conceptual Level », *Psychotherapy: Theory Research and Practice*, n° 9 (1972), p. 317- 323.

MCLELLAN, A.T., et coll. *Is Addiction Treatment «Worth It»? Public Health Expectations, Policy-based Comparisons*, manuscrit non publié, PV Center for Studies on Alcohol, Philadelphie (Pennsylvanie), 1996.

MCLELLAN, A.T., L. LUBORSKY, C.P. O'BRIEN. « Alcohol and Drug Abuse in Three Different Populations : Is There Improvement and is it Predictable? », *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, n° 12 (1986), p. 101-120.

MCLELLAN, A.T., et coll. « Predicting Response to Alcohol and Drug Abuse Treatments: Role of Psychiatric Severity », *Archives of General Psychiatry*, n° 40 (1983), p. 101-120.

MERCIER, C., B. BEAUCAGE. *Toxicomanie et problèmes sévères de santé mentale : recension des écrits et état de situation au Québec*, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, février, 1997.

MEUSER, K.T., R.E. DRAKE, K.M. MILES. « The Course and Treatment of Substance Use Disorder in Persons with Severe Mental Illness », dans *Treatment of Drug-dependent Individuals with Comorbid Mental Disorders*, National Institute on Drug Abuse Research Monograph Series, no172 (1996).

MILLER, W.R. « Increasing Motivation for Change », dans *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives*, 2e éd., sous la direction de R.K. Hester et W.R. Miller, Allyn and Bacon, Needham Heights, (Mass), 1995.

MILLER, W.R. « Motivational Interviewing with Problem Drinkers », *Behavioral Psychotherapy*, n° 11 (1983), p. 147-172.

MILLER, W.R. « Motivation for Treatment : A Review with Special Emphasis on Alcoholism », *Psychological Bulletin*, vol. 98, n° 1 (1985), p. 84-107.

MILLER, W.R., C.A. TAYLOR, J.C. WEST. « Focused Versus Broad-spectrum Behavior Therapy for Problem Drinkers » *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 4, n° 8 (1988), p. 590-601.

MILLER, W.R., et coll. « What Works? A Methodological Analysis of the Alcohol Treatment Outcome Literature » dans *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives*, 2e éd., sous la direction de R.K. Hester et W.R. Miller, 1995.

MILLER, W.R., M. SANCHEZ-CRAIG. « How to Have a High Success Rate in Treatment: Advice for Evaluators of Alcoholism Programs », *Addiction*, vol. 91, n° 6 (1996), p. 779-785.

MITCHESON, M.C., P.L. HARTNOLL. « Conflicts in Deciding Treatment within Drug Dependency Clinics », dans *Problems of Drug Abuse in Britain*, sous la direction de D.J. West, Institute of Criminology, Cambridge, 1978.

MONTGOMERY, H.A., W.R. MILLER, J.S. TONIGAN. « Differences Among AA Groups : Implications for Research », *Journal of Studies on Alcohol*, n° 54 (1993), p. 502-504.

MONTI, P.M., et coll. « Coping and Social Skills Training », dans *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives*, 2e éd., sous la direction de R.K. Hester et W.R. Miller, Allyn and Bacon, Needham Heights, (Massachusetts), 1995.

MOOS, R. « How to Become a True Scientist: A Guide to Minimizing Pesky Treatment Effects », *Addiction*, n° 92 (1997), p. 481-487.

MOOS, R.H., J.W. FINNEY, R. CRONKITE. *Alcoholism Treatment: Context, Process and Outcome*, Oxford University Press, New York, 1990.

MUMFORD, E., et coll. « A New Look at Evidence About Reduced Costs of Medical Utilization Following Mental Health Treatment », dans *American Journal of Psychiatry*, vol. 141 n° 10 (1984), p. 1145-1158.

NAJAVITS, L.M., R.D. WEISS. « Variations in Therapist Effectiveness in the Treatment of Patients with Substance Use Disorders: An Empirical Review », *Addiction*, n° 89 (1994), p. 679-688.

NARANJO, C.A., K.E. BREMNER. « Pharmacotherapy of Substance Use Disorders », *Canadian Journal of Clinical Pharmacology*, n° 1 (1994), p. 55-71.

NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH/NATIONAL INSTITUTE OF DRUG ABUSE. *Drug Abuse and Drug Abuse Research*, The Fifth Triennial Report to Congress, Department of Health and Human Services, Washington, 1996.

OGBORNE, A.C. « Assessing the Effectiveness of Alcoholics Anonymous in the Community: Meeting the Challenges », dans *Research on Alcoholics Anonymous*, sous la direction de B.S. McCrady et W.R. Miller, Rutgers Center of Alcohol Studies, New Brunswick (New Jersey), 1993.

OGBORNE, A.C. « Characteristics of Youth and Young Adults Seeking Residential Treatment for Substance Use Problems: An Exploratory Study », *Addictive Behaviors*, n° 20 (1995a), p. 675-679.

OGBORNE, A.C. « Patient Characteristics as Predictors of Treatment Outcome for Alcohol and Drug Abusers », dans *Research Advances in Alcohol and Drug Abuse*, sous la direction de Y. Israel et coll., vol. 4, Plenum Press, New York, 1978.

OGBORNE, A.C. « Social Factors Influencing the Outcome of Alcoholism Treatment: Implications for Treatment Evaluation », *Alcoholism Treatment Quarterly*, vol. 31, n°' 1 et 2 (1995b), p. 59-67.

OGBORNE, A.C., B.R. RUSH. « The Coordination of Services Used by Problem Drinkers. Problems and Prospects », *British Journal of Addiction*, n° 78 (1983), p. 131-138.

OGBORNE, A.C., F.B. GLASER. « Characteristics of Affiliates of Alcoholics Anonymous - A Review of the Literature ». *Journal of Studies on Alcohol*, n° 42 (1981), p. 661-675.

OGBORNE, A.C., R.G. SMART, B.R. RUSH « The Treatment of Drug-related Problems in Canada: Controlling, Caring and Curing », dans *Demons, Drugs and Democracy*, sous la directin de G. Hunt et H. Klingemann, New York : Sage Publications, 1998.

OGBORNE, A.C., et coll., *Coordination Between Mental Health and Addictions Agencies in the Treatment of Cases with Co-morbidities*, proposition de recherche non publiée, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, Toronto, 1997.

PAGE, R.D., L.H. SCHAUB. « Efficacy of Three- Versus Five-Week Alcohol Treatment Program », *International Journal of the Addictions*, n°14, p. 697-714.

PATTISON, E.M., R. COE, R.J. RHODES. « Evaluation of Alcoholism Treatment », *Archives of General Psychiatry*, n° 20 (avril 1969), p. 478-488.

PEKARIK, G., L. ZIMMER. « Relation of Client Variables to Continuance in Five Types of Alcohol Treatment Settings », *Addictive Behaviors*, n° 17 (1992), p. 105-115.

POULIN, C. *Atlantic Adolescent Drug Use Surveys (NS, NF, NB, PEI)*, Dalhousie University, 1996.

PROCHASKA, J., C. DICLEMENTE. « Stages and Processes of Self-change of Smoking Toward an Integrative Model of Change », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, n° 51 (1983), p. 390-395.

PROGRAMME SUR LA TOXICOMANIE DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Approaches to Treatment of Substance Abuse*. WHO/PSA/93.10., Organisation mondiale de la santé, Genève, 1993.

PROGRAMME SUR LA TOXICOMANIE DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Levels of Cover for Alcohol and Drug Problems: A Sequential Model*. Organisation mondiale de la santé, Genève, 1991.

PROJECT MATCH. « Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity. Project Match Post-treatment Drinking Outcomes », *Journal of Studies on Alcohol*, n° 58 (1997), p. 7-29.

RAHDERT, E.R. *The Adolescent Assessment/ Referral Systems Manual*. Publication n° (ADM) 91, US Department of Health and Human Services, Washington, 1991, p. 1735.

REGIER, D.A., et coll. « Comorbidity of Mental Disorders with Alcohol and Other Drug Abuse », *Journal of the American Medical Association*, n° 264 (1990), p. 2511-2518.

RIDGEY, M.S. « Creating Integrated Programs for Severely Mentally Ill Persons with Substance Disorders », *New Directions for Mental Health Services*, n° 50 (1991), p. 29-41.

RIES, R. « Clinical Treatment Matching Models for Dually Diagnosed Patients », *Psychiatric Clinics of North America*, vol. 16, n° 1 (mars 1993), p. 167-175.

ROCHELEAU, A.M. *Training and Certification for Substance Abuse Treatment and Prevention Providers*, Office of National Drug Control Policy, Vol. 122. Cambridge, Botec Analysis Corp., Washington, 1995, p. 8-14.

ROHSENOW, D.J., et coll. « Cue Reactivity in Addictive Behaviours: Theoretical and Treatment Implications », *International Journal of the Addictions*, n° 25 (1990-1991), p. 957-993.

ROOM, R. « Measurement and Distribution of Drinking Patterns and Problems in General Populations », dans *Alcohol-Related Disabilities*, sous la direction de G. Edwards, G.M. Gross, M. Keller, J. Moser, R. Room, Organisation mondiale de la santé, Genève, 1977.

ROTGERS, F. « Coercion in Addictions Treatment » *Annual Review of Addictions Research and Treatment*, 1992, n° 2 (1992), p. 403-415.

ROUNSAVILLE, B.J., H.D. KLEBER. « Untreated Opiate Addicts : How Do They Differ From Those Seeking Treatment? », *Archives of General Psychiatry*, n° 42 (1985), p. 1072-1077.

RUSH, B.R. « Alcohol and Other Drug Problems and Treatment Systems: A Framework for Research and Development » *Addictions*, n° 91 (1997), p. 629-642.

RUSH, B.R., A. EKDAHL. *Treatment Services for Alcohol and Drug Abuse in Ontario: Results of a Provincial Survey*, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, Toronto, 1987.

RUSH, B.R., A.C. OGBORNE. « Alcoholism Treatment in Canada: History, Current Status and Emerging Issues », dans *Cure, Care in Control: Alcoholism Treatment in Sixteen Countries*, sous la direction de H. Klingemann, J.P. Jakala, G. Hunt, State University Press, New York, 1992.

RUSH, B.R., S. TYAS. *Utilization and Perceived Effectiveness of Alcohol and Drug Treatment Services*, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, document non publié, London (Ontario), 1994.

RUSH, B.R., S. VINCENT, V. CHEVENDRA. « An Overview of the Drug and Alcohol Registry of Treatment », dans *What Works? Innovation in Community Mental Health and Addiction Treatment Programs*, sous la direction de G. Duplessis, M. McCrae, C. Viscaff, S. Doupe, Canadian Scholars Press, Toronto, 1993.

SANCHEZ-CRAIG, M. « Random Assignment to Abstinence or Controlled Drinking in a Cognitive-behavioural Program: Short-term Effects on Drinking Behaviour », *Addictive Behaviors*, n° 5 (1980), p. 35-39.

SANCHEZ-CRAIG, M., et coll. « Superior Outcome of Females Over Males After Brief Treatment for the Reduction of Heavy Drinking », *British Journal of Addiction*, vol. 84, n° 4 (avril1989), p. 395-404.

SANCHEZ-CRAIG, M., K. SPIVAK, R. DAVILA. « Superior Outcome of Females Over Males After Brief Treatment for the Reduction of Heavy Drinking: Replication and Report of Therapist Effects », *British Journal of Addiction*, vol. 86, n° 7 (juillet 1991), p. 867-876.

SANTÉ CANADA, *Les soins, le traitement et le soutien à donner aux utilisateurs de drogues par injection vivant avec le VIH ou le sida*, 1997.

SCIACCA, K. « An Integrated Treatment Approach for Severely Mentally Ill Individuals with Substance Disorders », *New Directions for Mental Health Services*, n° 50 (1991), p. 69-84.

SELLS, S.B., D.D. SIMPSON. *The Effectiveness of Drug Abuse Treatment*, (5 vol.), Ballinger, Cambridge (Massachusetts), 1974-1976.

SERVICE CORRECTIONNEL DU CANADA. *Étude des méthodes de traitement*, www.csc-scc.gc.ca.

SIMPSON, D., L. SAVAGE. « Drug Abuse Treatment Re-admissions and Outcomes », *Archives of General Psychiatry*, n° 37 (1980), p. 896-901.

SINGLE, E.W. « Public opinion », dans *Enquête canadienne de 1994 sur l'alcool et les autres drogues : Analyse des résultats*, sous la direction de P. MacNeil et I. Webster, Santé Canada, Ottawa, 1997.

SINGLE, E.W., et coll. *The Economic Costs of Substance Abuse in Canada.* Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, Ottawa, 1996.

SINGLE, E.W., R. WILLIAMS, D. MCKENZIE. *Profil canadien : l'alcool, le tabac et les autres drogues*, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, Ottawa, 1994.

SINGLE, E.W., D. MCKENZIE. *Profil canadien : l'alcool, le tabac et les autres drogues*, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, Ottawa, 1997.

SMART, R.G. *Forbidden Highs: The Nature, Treatment and Prevention of Illicit Drug Abuse.* Fondation de la recherche sur la toxicomanie, Toronto, 1983.

SMART, R.G. *The Smart Report: Substance Abuse and Canadian Youth*, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, Toronto, 1993.

SMART, R.G., A.C. OGBORNE. *Northern Spirits: A Social History of Alcohol in Canada*, 2e éd., Fondation de la recherche sur la toxicomanie, Toronto, 1996.

SMART, R.G., GRAY, G. « Minimal, Moderate, and Long-term Treatment for Alcoholism. », *British Journal of Addiction*, n° 73 (1978), p. 35-38.

SMITH, J.E., R.J. MEYERS. « The Community Reinforcement Approach. (14 refs.) », dans *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives*, 2e éd., sous la direction de R.K. Hester et W.R. Miller, Allyn and Bacon, Needham Heights (Massachusetts), 1995.

SOBELL, L.C., et coll. *A Randomized Trial Comparing Group Versus Individual Guided Self-change Treatment for Alcohol and Drug Abusers*, affiche présentée à la 29e conférence annuelle de l'Association for the Advancement of Behaviour Therapy, Washington, 1995.

STATISTIQUE CANADA. *Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues*, Ministère des Approvisionnements et Services, Ottawa, 1990.

STIMSON, G.V., E. OPPENHEIMER. *Heroin Addiction*, Tavistock Publications, New York, 1982.

STOCKWELL, T. « Anxiety and Stress Management », dans *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives*, 2e éd., sous la direction de R.K. Hester et W.R. Miller, Allyn and Bacon, Needham Heights (Massachusetts), 1995.

THOM, B. « Sex Differences in Help-seeking for Alcohol Problems 1: The Barriers to Help-seeking », *British Journal of Addictions*, n° 81 (1986), p. 777-788.

TIMS, F.M., B.W. FLETCHER, R.L. HUBBARD. « Treatment Outcomes for Drug Abuse Clients », dans *Improving Drug Abuse Treatment*, NIDA Research Monograph, sous la direction de R.W. Pickens, C.G. Leukefeld, C.R. Schuster, n° 106. DHSS Publication n° (ADM) 91, p.1754, National Institute on Drug Abuse, Washington, 1991.

TOBENA, A., et coll. « Limits of Habituation and Extinction: Implications for Relapse Prevention Programs in Addictions », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 32, n° 3 (mai 1993), p. 209-217.

UCHTENHAGEN, A., et coll. « Medical Prescription of Narcotics: Background and Intermediate Results of a Swiss National Project », *European Research*, n° 2, 1996.

UPFOLD, D. « Clinical Issues in the Assessment and Treatment of Adolescent Substance Abuse », *Alcohol and Drug Problems: A Practical Guide for Counsellors*, sous la direction de S. Harrison, V. Carver, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, Toronto, 1997.

VOLPICELLI, J.R., et coll. « Naltrexone and the Treatment of Alcohol Dependence », *Alcohol Health & Research World*, n° 18 (1994), p. 272-278.

WALKER, R.D., et coll. « Length of Stay, Neuropsychological Performance and Aftercare: Influences on Alcohol Treatment Outcome », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, n° 51 (1983), p. 900-911.

WALKER, R.D., et coll. « Practice Guidelines in the Addictions: Recent Developments », *Journal of Substance Abuse Treatment*, n° 12 (1994), p. 63-73.

WALSH, D.C., et coll. « A Randomized Trial of Treatment Options for Alcohol-abusing Workers », *New England Journal of Medicine*, vol. 325, n°s 11, 12 (septembre 1991), p. 775-782.

WALTMAN, D. « Key Ingredients to Effective Addictions Treatment », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 12, n° 6 (1995), p. 429-439.

WATZL, H.F., et coll. « Placebo Injections and Surveillance of Alcohol Intake During Inpatient Treatment of Female Alcoholics », *Addictive Behaviors*, n° 13 (1988), p. 197-200.

WEISNER, C. « Coercion in Alcohol Treatment », *Institute of Medicine, Broadening the Base of Treatment for Alcohol Problems*, National Academy Press, Washington, 1990.

WEISNER, C., L. SCHMIDT. « Alcohol and Drug Problems Among Diverse Health and Social Service Populations », *American Journal of Public Health*, vol. 83, n° 6 (juin 1993), p. 824-829.

WEISNER, C., T. GREENFIELD, R. ROOM. « Trends in the Treatment of Alcohol Problems in the US General Population, 1979 through 1990 », *American Journal of Public Health*, vol. 85, n° 1, p. 55-60.

WELLS-PARKER, E., et coll. « Final Results from a Meta-analysis of Remedial Interventions with Drink/Drive Offenders », dans *Addictions*, col. 90 (1997), p. 907-926.

WHYNOT, *Health Impact of Injection Drug Use and HIV in Vancouver*, rapport du ministre de la santé de la Colombie Britannique, 1996.

WILD, T.C., B. NEWTON-TAYLOR, R. ALLETTO. « Perceived Coercion Among Clients Entering Substance Abuse Treatment. Structural and Psychological Determinants », *Addictive Behaviors*, 1998.

WILD, T.C., et coll. *Mandated and Coerced Treatment for Substance Abuse: Current Knowledge and Future Research Directions*, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, Toronto, 1995.

WILKINSON, D.A., et coll. « Dimensions of Multiple Drug Use and a Typology of Drug Users », *British Journal of Addiction*, n° 82 (1987), p. 259-274.

WILKINSON, D.A., G.W. MARTIN. *Experimental Comparisons of Behavioral Treatments of Multiple Drug Abuse: Brief Out-patient Self-control Training and Two Broad Spectrum Residential Treatments* Communication présentée à la 17e Conférence annuelle de l'Association for the Advancement of Behavior Therapy, the World Congress of Behavior Therapy, Washington, DC, 1983.

WILKINSON, D.A., G.W. MARTIN. « Intervention Methods for Youth with Problems of Substance Abuse », in *Drug Use by Adolescents: Identification, Assessment and Intervention*, sous la direction de H.M. Annis et C.S. Davis, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, Toronto, 1991.

WILKINSON, D.A., S. LEBRETON. « Early Indications of Treatment Outcome in Multiple Drug Users », in *Treating Addictive Behaviors*, sous la direction de W.R. Miller et N. Heather, Plenum Press, New York, 1986.

WILLIAMS, B., K. CHANG, M. VAN TRUONG. *Canadian Profile: Alcohol and Other Drugs*, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, Toronto, 1992.

WOODRUFF, R.A., S.B. GUZE, P.J. CLAYTON. « Alcoholics Who See a Psychiatrist Compared to Those Who Do Not », *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, n° 34 (1973), p. 1162-1171.

WOOGHE, C.M. « Patients with Multiple Admissions in a Psychiatric Linkage System », *Canadian Journal of Psychiatry*, n° 35 (1990), p. 401-406.

YOUNGSON, H. « Mutual Aid Groups », dans *Alcohol and Drug Problems: A Practical Guide for Counsellors*, sous la direction de S. Harrison et V. Carver, Fondation de recherche sur la toxicomanie de l'Ontario, Toronto, 1997.

ZDANOWICZ, Y.M., E.M. ADLAF, R.G. SMART, *Views From the Street*, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, Toronto, 1993.

ZWEBEN, A., S. PEARLMAN, S. LI. « A Comparison of Brief Advice and Conjoint Therapy in the Treatment of Alcohol Abuse: The Results of the Marital Systems Study », *British Journal of Addiction*, n° 83 (1988), p. 899-916.